Rok XLV. Kraków 31 Marca 1906. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

O porażeniach czucia we wczesnych okresach porażenia postępującego.

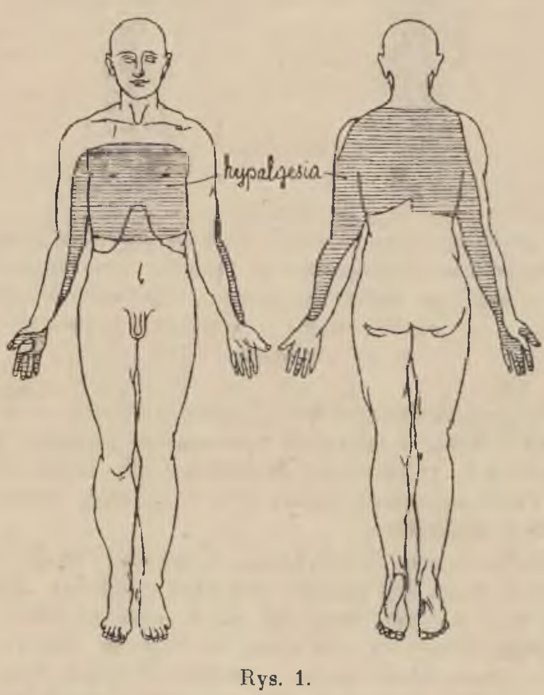
Podał

Jan Piltz

profesor psychiatryi i neuropatologii Uniw. Jagiell.

Ogólne osłabienie czucia bólowego *(hypalgesia)* w porażeniu postępującem jest objawem dobrze znanym i często spostrzeganym. Wobec tego jednak, że i w prawidłowych warunkach wrażliwość czucia na ból waha się w bardzo szerokich granicach, nie można ogólnego osłabienia czucia bólowego uważać za objaw. ściśle określony i z zupełną pewnością opierać się na nim w rozpoznawaniu neuropatologicznem.

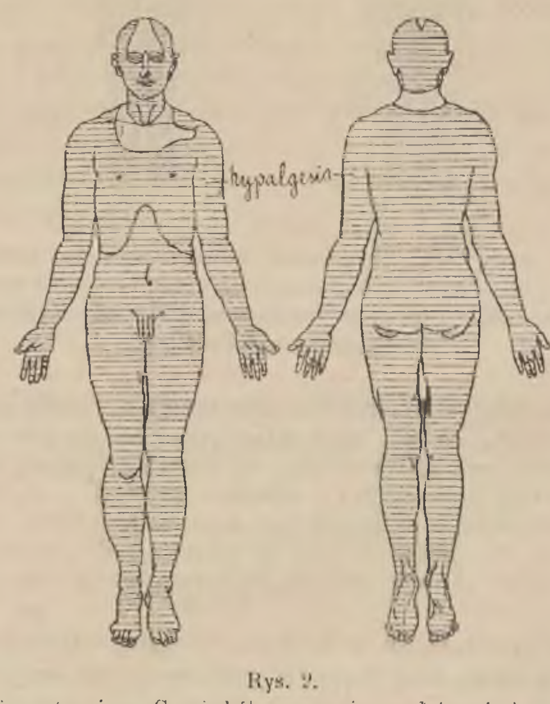
Zupełnie inną wartość mają zaburzenia czucia bólowego, wykazujące pewne różnice czucia w różnych miejscach ciała u jednego i tego samego osobnika, jak n. p. osłabienie czucia bólowego na klatce piersiowej i na wewnętrznej powierzchni górnych kończyn, przedstawione na rys. 1, a które jest tak znamiennym objawem wiądu rdzenia.



Rys. 1.
Typowy przypadek wiądu rdzenia ze znieczuleniem na ból na przedniej i tylnej powierzchni klatki piersiowej i na wewnętrznej powierzchni kończyn górnych.

W ostatnich czasach zdarzało mi się spostrzegać w przypadkach porażenia postępującego zaburzenia czucia bólowego, świadczące o tem, że i w tej chorobie oprócz ogólnego stępienia czucia bolu *(hypalgesia)* powstają często zaburzenia czucia bólowego, analogiczne do tych, jakie spotykamy w wiądzie rdzenia. Tylko topografia ich zdaje się być nieco odmienną. Liczba przypadków, w których te zaburzenia czucia spostrzegałem, jest dotychczas za mała, ażeby już teraz można było z zupełną pewnością wysnuwać z niej ogólniejsze wnioski — n. p. co do częstości tego objawu w porażeniu postępującem. Ponieważ jednak przy poszukiwaniach moich odniosłem to wrażenie, że objawy te zjawiają się już we wczesnych okresach porażenia postępującego i mogą mieć w pewnych warunkach znaczenie rozpoznawcze, — a ja sam na razie większym materyałem klinicznym, na którym mógłbym tą rzecz sprawdzić, nie rozporządzam, — postanowiłem spostrzeżenia swe ogłosić drukiem.

I. W., lat 46; w 26 r. życia — kiła; od pewnego już czasu ogólne zdenerwowanie, skargi na brak samodzielności i pewności siebie; trudność zebrania myśli; chory często płacze. Obecnie: twarz bez wyrazu, jak maska; lekki, ledwo dostrzegalny niedowład lewej połowy twarzy; drgania włókienkowe w mięśniach twarzy; drżenie języka i palców, nieznaczne zboczenie w mowie *(dysarthria)*, objaw Romberga, lekki bezład ruchów kończyn dolnych i górnych, nierówność



Rys. 2.
Porażenie postępujące. Czucie bólowe prawie zupełnie zniesione na całem ciele z wyjątkiem czoła i paska na szyi — w kształcie kołnierzyka, gdzie czucie bólowe jest zachowane lub może nawet nieco wzmożone.

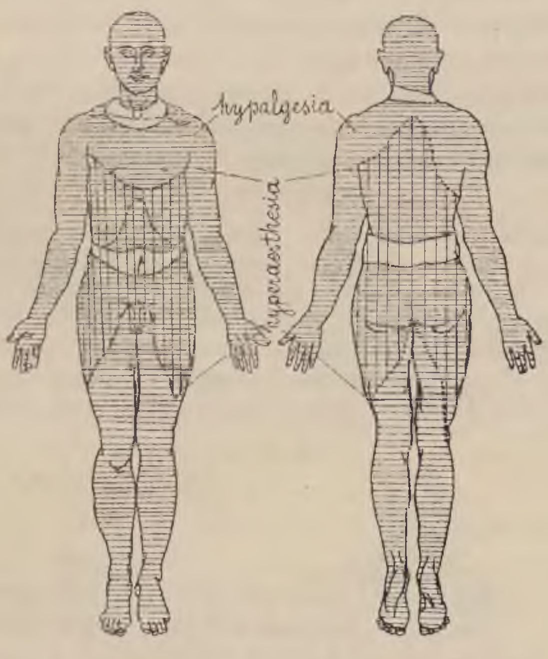
i zniekształtnienie źrenic, osłabienie oddziaływania źrenic na światło, brak odruchów kolanowych i stopowych.

Czucie dotykowe nie zmienione. Natomiast spotykamy następujące zmiany: czucie bólowe jest prawie zupełnie zniesione na całem ciele z wyjątkiem czoła i paska na szyi —

w kształcie kołnierzyka; w tych miejscach czucie bólowe jest prawidłowo zachowane lub może nawet nieco wzmożone — patrz rys. 2.

II. P., lat 37, przybył po raz pierwszy do ambulatoryum chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell. dnia 9/XII 1905 r. Chory od 3 lat: na początku miewał silne bole głowy, stany ogólnego rozdrażnienia i wewnętrznego niepokoju, popędy samobójcze. Po 2 latach nastąpiła tak znaczna poprawa, że powrócił do swych biurowych zajęć. Od paru tygodni po przebytem zapaleniu płuc stan ogólny znów się pogorszył. Dziś skarży się na bole głowy, na szum i dzwonienie w głowie, na ogólne zdenerwowanie, bezsenność, niczem nieuzasadnioną skłonność do płaczu. Badanie stwierdza co następuje: podmiotowe poczucie zdrowia i lekkości *(euphoria)*, zaburzenia mowy, objaw Romberga tylko przy staniu na nodze lewej, bezład ruchów tułowia, zwężenie, zniekształtnienie i nierówność źrenic, objaw Argyll-Robertsona, nierówność odruchów kolanowych l > pr, wzmożenie i nierówność odruchów stopowych l > pr.

Zmiany czucia w tym przypadku są następujące: Na tułowiu i na kończynach zanik czucia bólowego z wyjątkiem



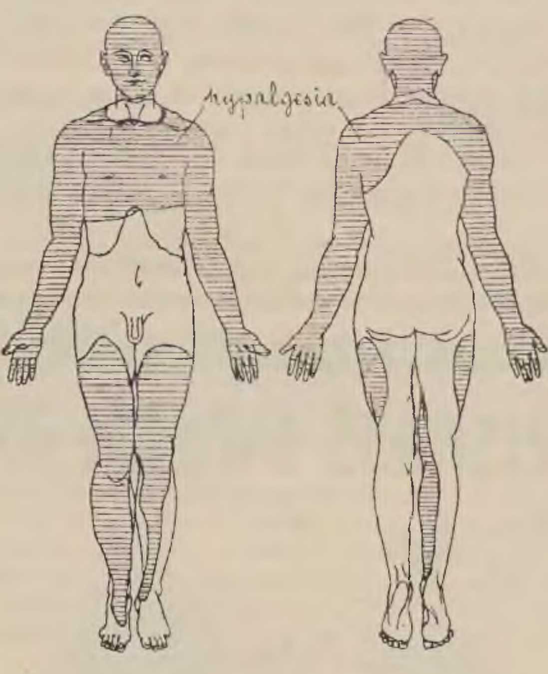
Rys. 3.

Porażenie postępujące. Zanik czucia bólowego na całem ciele z wyjątkiem paska na szyi — w kształcie kołnierzyka, i paska na wysokości pępka, gdzie czucie bólowe jest zachowane. Prócz tego wyraźna przeczulica dotykowa na tułowiu.

paska na szyi — w kształcie kołnierzyka i paska na wysokości pępka dookoła pasa, gdzie czucie bólowe jest zachowane (patrz rys. 3). Prócz tego na tułowiu i z przodu i z tyłu, jest wybitna przeczulica (w kształcie gorsetu), — każde bowiem dotknięcie szpilką lub palcem wywołuje żywe uczucie łechtania. W obrębie obręczy w pasie, o której była mowa wyżej, każde ukłucie szpilką wywołuje prócz tego jeszcze i uczucie bolu.

W przypadkach, podobnych do wyżej opisanego, przy braku wyraźnych objawów psychicznych, jesteśmy nieraz w kłopocie co do rozpoznania różniczkowego pomiędzy wiądem rdzenia a porażeniem postępującem, wobec tego, że zaburzenia mowy we wczesnych okresach porażenia postępującego bywają prawie nieuchwytne. Dlatego też każdy, nawet najmniejszy objaw nowy, mogący w tym okresie choroby przyczynić się do wyjaśnienia sprawy, jest bardzo cenny. W przypadku wyżej opisanym miałem właśnie pewne wątpliwości co do rozpoznania, gdyż żona chorego z początku zataiła przedemną objawy psychiczne z przed 3 lat. Znamienne zmiany czucia bólowego, wyżej opisane, wraz z istniejącemi, chociaż nieznacznemi zaburzeniami mowy, skłoniły mnie ostatecznie do rozpoznania w tym przypadku porażenia postępującego, co też późniejsze uzupełnienie wywiadów potwierdziło.

III. F., lat 42, listonosz z Krakowa. Ojciec pijak. Chory w 20 r. życia przechodził kiłę. Przed rokiem stan szalowego podniecenia z podmiotowem uczuciem zdrowia i lekkości *(euphoria)*, urojeniami wielkości etc. Dziś pewne osłabienie władz umysłowych, zaburzenia mowy *(dysarthria)*, drgania włókienkowe w mięśniach twarzy, wzmożenie bezpośredniej mechanicznej pobudliwości mięśni, zniekształtnienie i nierówność źrenic pr > l, odruch m. dwugłowego lewy > prawego, odruchy kolanowe i stopowe zupełnie zniesione, odruchy brzuszne lewe żywsze, niż prawe. Zaburzenia czucia w tym przypadku są następujące: Czucie bólowe jest zniesione na głowie, w górnej części tułowia wraz z kończynami górnemi i na przedniej powierzchni kończyn dolnych; na szyi —



Rys. 4.

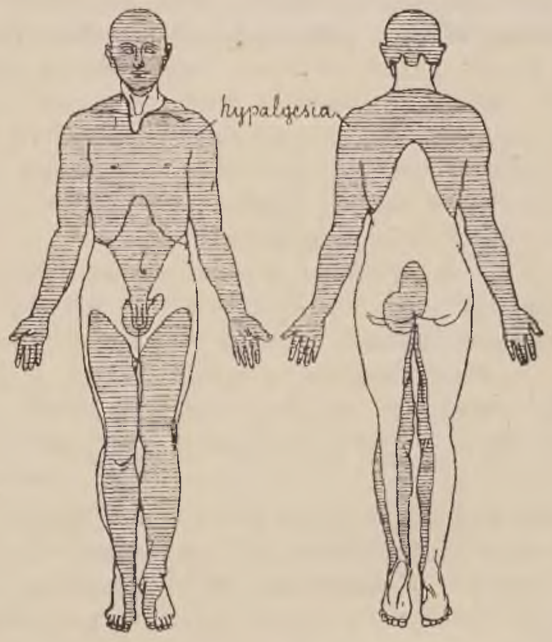
Porażenie postępujące. Znieczulenie na ból na głowie, w górnej części tułowia, na górnych kończynach i na przedniej powierzchni dolnych. Czucie bólu jest więc zachowane na szyi — w kształcie kołnierzyka, na tułowiu — w kształcie gorsetu — i na tylnej powierzchni dolnych kończyn.

w kształcie kołnierzyka, w dolnej połowie tułowia — w kształcie gorsetu, wreszcie na tylnej powierzchni kończyn dolnych jest czucie bolu prawidłowo zachowane albo może nawet na tułowiu nieco wzmożone (patrz rys. 4). Zmian czucia dotykowego nie znalazłem.

IV. K., lat 54, konduktor z Krakowa. W 24 r. życia kiła. Przed paru tygodniami wypadek na kolei. Żona podaje, że mąż jej jest chory od czasu tego wypadku. Badając chorego odnosi się wrażenie, że choroba istnieje już od dłuższego czasu. Dziś: bardzo wyraźne osłabienie władz umysłowych, silnie wzmożona drażliwość, zmienność usposobienia, skłonność do płaczu, bezsenność, bole i zawroty głowy. Badanie stwierdza zaburzenia mowy, drgania włókienkowe w mięśniach twarzy, lekki niedowład prawej połowy twarzy, objaw Romberga, bezład w kończynach dolnych, chód szeroki, niepewny. Prócz tego: źrenice nieokrągłe l > pr, zaburzenia odruchu na światło na oku prawem silniejsze, niż na lewem, odruch orbikularny źrenicy pr > l, wzmożenie brzusznych odruchów górnych, prawy dolny odruch brzu-

szny > lewego, odruch kolanowy i stopowy prawy > lewego.

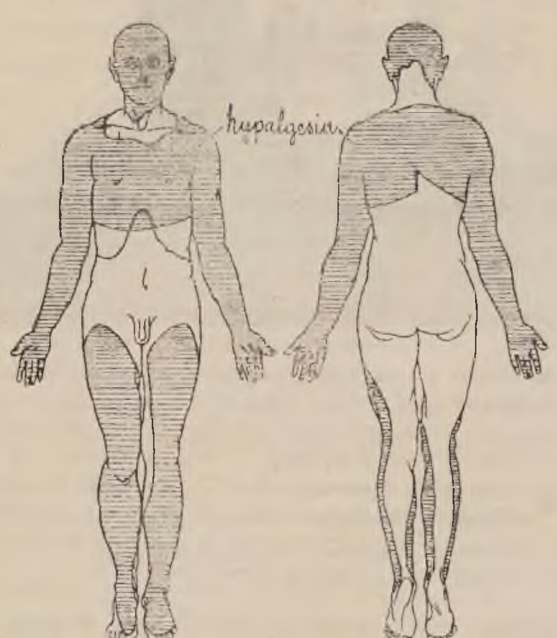
Wynik badania czucia jest następujący: przy prawidłowo zachowanem czuciu dotykowem spostrzegamy wyraźne przytępienie czucia bólowego na całem ciele z wyjątkiem paska na szyi, dolnej części tułowia i tylnej powierzchni kończyn dolnych — jak to widać na rys. 5.



Rys. 5.

Porażenie postępujące. Czucie dotykowe prawidłowo zachowane. Przytępienie czucia bólu na całem ciele z wyjątkiem paska na szyi — w kształcie kołnierzyka, dolnej części tułowia i tylnej powierzchni kończyn dolnych.

Rys. 6 i 7 przedstawiają podobne zaburzenia czucia bólowego u dwóch chorych na porażenie postępujące, badanych w ostatnich czasach.



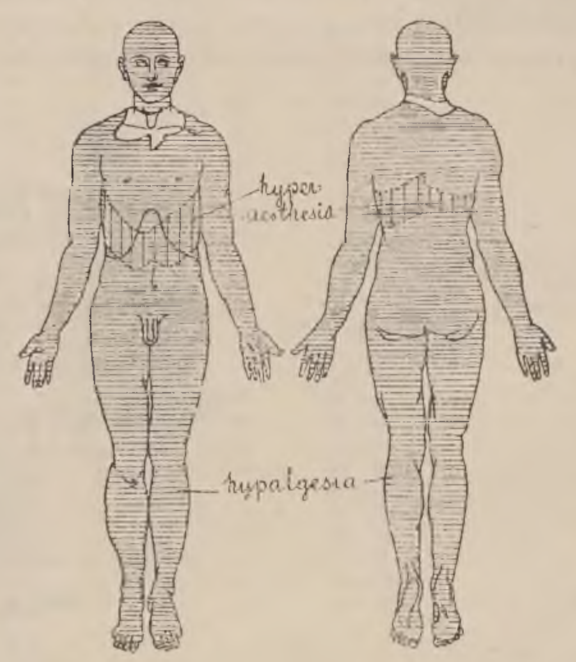
Rys. 6.

Porażenie postępujące. Osłabienie czucia bólowego na całem ciele z wyjątkiem kołnierzyka na szyi, dolnej połowy tułowia i tylnej powierzchni kończyn dolnych. Czucie dotykowe bez zmian.

Zbierając wyniki badań, dokonanych na kilkunastu chorych na porażenie postępujące, można powiedzieć, co następuje:

We wczesnych okresach porażenia postępującego (*paralysis progressiva incipiens*) występują następujące zaburzenia czucia:

1) upośledzenie czucia bólowego — osłabienie lub zanik (*hypalgesia*, *analgesia*) — na całem ciele z wyjątkiem paska na szyi — w kształcie



Rys. 7.

Porażenie postępujące. Osłabienie czucia bólowego na całem ciele z wyjątkiem paska na szyi — w kształcie kołnierzyka. Powyżej pępka pasek, w którym ukłucie szpilką wywołuje żywe uczucie łechtania.

kołnierzyka, mniej lub więcej szerokiego paska na tułowiu — w kształcie gorsetu — i z wyjątkiem tylnej powierzchni dolnych kończyn, gdzie czucie bólowe bywa prawidłowo zachowane, a nieraz nawet i wzmożone;

2) przeczulica dotykowa (*hyperaesthesia*) albo na plecach w okolicy kręgosłupa, albo na tułowiu na przestrzeni, mającej kształt gorsetu lub obręczy w pasie.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

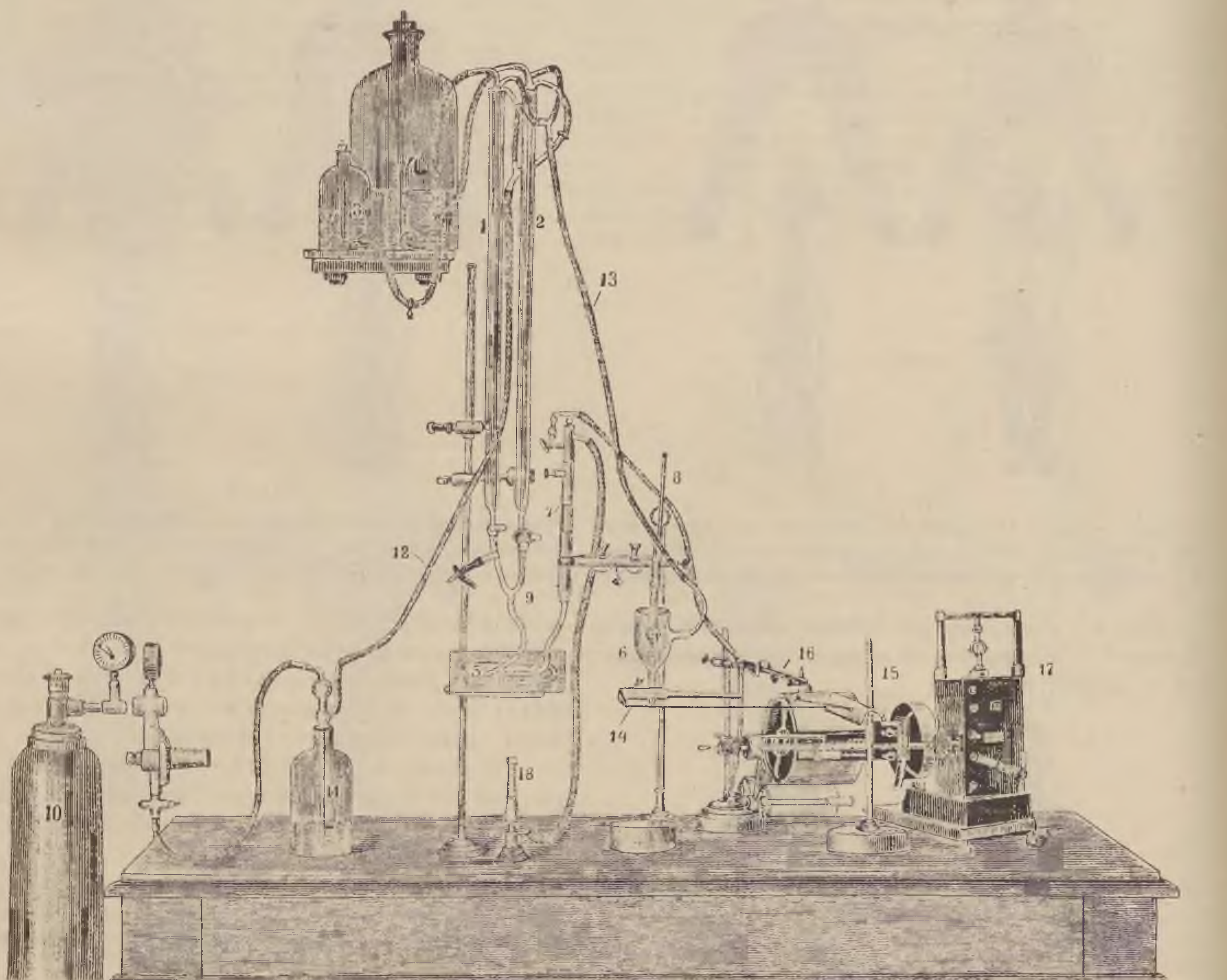
(Ciąg dalszy).

Hebdom (48), Gottlieb i Magnus (49), Porter (50), Rusch (51) i inni starali się udoskonalić metodę Langendorffa zapomocą pewnych zmian w jego przyrządzie i używając zamiast jego cieczy odżywczej innych płynów i t. d. Ogromny krok naprzód uczyniła jednak ta metoda stosunkowo niedawno, mianowicie, gdy w r. 1901 Locke zastosował swój płyn [1]), zawierający w roztworze tlen i skła-

[1]) Płyn Lockea jest nieco zmienionym płynem Ringera, który zawiera w 1000,0 wody NaCl 8,0, KCl 0 075, $CaCl^2$ 0,1 i $NaHCO^3$ 0,1.

dający się z nieorganicznych soli z domieszką cukru gronowego; mianowicie na litr wody zawiera ten płyn NaCl 9,0, KCl 0,2, $CaCl^2$ 0,2, $NaHCO^3$ 0,1—0,3 i cukru gronowego 1,0. Ten płyn pozwolił Lockeowi utrzymywać prawidłową pracę serca w ciągu wielu godzin.

W doświadczeniach moich używałem właśnie metody Langendorffa, stosując ciecz Ringer-Lockea i uwzględniwszy ulepszenia, podane przez Boczarowa (53). Dla doświadczeń używałem wyłącznie serc królików, ponieważ płyn Ringer-Lockea jest izotoniczny tylko względem surowicy krwi królików. Początkowo wypuszczałem krew z tętnicy szyjnej królika, wlewając jednocześnie do żyły szyjnej ogrzany do 39° C. płyn Ringer-Lockea. Przepłukiwanie tym płynem trwało dopóty, póki z tętnicy szyjnej nie zaczynała wylewać się ciecz, ledwo słabo zabarwiona krwią. Wkrótce powstawały objawy uduszenia w po-



1 i 2 biurety, zawierające ciecz Ringer-Lockea normalną i zatrutą chlorkiem barowym; w tychże biuretach ciecz nasyca się tlenem. — 3 i 4 butle (naczynia Mariottea) dla utrzymania poziomu płynu w biuretach; 4 zawiera ciecz Ringer-Lockea czystą, 3 zatrutą barem. — 5 bania z wodą; w bani wężykowato zgięta rurka szklana. — 6 szklane naczynie, w którem umieszcza się serce; z góry naczynie zakrywa się korkiem gutaperkowym. — 7 eterowortęciowy termoregulator, umieszczony w szklanej rurce. — 8 ciepłomierz. — 9 rurka w kształcie Y, łącząca biurety z wężownicą, umieszczoną w bani. — 10 walec, zawierający zgęszczony tlen. — 11 butelka do przepłukiwania tlenu. — 12 rurka kauczukowa, przez którą tlen idzie do biuretek. — 13 rurka kauczukowa dla odprowadzenia zbytecznego tlenu z biuretek do naczynia, zawierającego serce. — 14 bloczek. — 15 ciężarkowy myograf Marreya z piórkiem szklanem. — 16 elektromagnetyczny przyrząd do oznaczania czasu. — 17 kimograf. — 18 palnik Bunsenowski.

staci drgawek i serce zaczynało pracować nader słabo. Wtedy natychmiast wycinałem serce z dużemi naczyniami; do tętnicy głównej wsuwałem szklanną rurkę i umocowywałem ją tak, żeby dolny jej brzeg znajdował się nad zastawkami półksiężycowatemi. Potem nalewałem do rurki płyn Ringer-Lockea, bacząc, iżby w niej i w odcinku tętnicy głównej nie było pęcherzyków powietrza, wreszcie łączyłem rurkę z przyrządem, przeznaczonym dla odżywiania serca. Składa się on, jak widać z załączonej ryciny, z dwóch umocowanych na podstawie biuretek, długości 70 cm., z kurkiem w dolnej części każdej biuretki. Górne końce biuret są połączone z 2 butlami, zawierającemi jedna ciecz odżywcza czystą, druga też ciecz z domieszką chlorku barowego; dolne zaś ich końce łączą się zapomocą rurki szklanej, mającej kształt Y, z wężykowato zgiętą rurką szklaną a przez nią z rurką, umocowaną w tętnicy głównej. Wężykowato zgiętą szklaną rurkę umieszcza się w bani wodnej, ogrzewanej Bunsenowskim palnikiem do pewnej stałej cie-

płoty. Ciepłotę reguluje się zapomocą eterortęciowego termoregulatora, ustawionego na drodze, którą płyn odżywczy płynie do serca. Każda biureta jest na górnym końcu szczelnie zamknięta korkiem gutaperkowym, zawierającym 3 otwory, przez które przechodzą 3 szklane rurki. Jedna o małej średnicy dochodzi prawie do dna biurety i służy do nasycenia płynu odżywczego tlenem. Aby stosownie do potrzeby można przepuszczać tlen do dowolnej biurety, wstawia się na drodze przepływu tlenu rurkę w kształcie wideł. Przez drugi otwór w korku przechodzi zgięta pod kątem rurka, która kończy się tuż pod korkiem i służy razem z odpowiednią rurką drugiej biurety do tego, aby nadmiar tlenu, który nie został wchłonięty przez płyn, odprowadzić do przyrządu, zawierającego serce. Przez trzeci wreszcie otwór przechodzi szklana rurka, która kończy się niżej poziomu cieczy w biurecie i łączy zapomocą rurki kauczukowej jedną z biuretek z naczyniem o pojemności prawie 7 litrów, drugą z mniejszą butlą o pojemności 1 litra. Obydwie butle są naczyniami Mariottea. Dzięki temu, płyn w biuretach pozostaje zawsze na jednej wysokości.

Dla mierzenia ciepłoty cieczy, płynącej do serca, wstawia się do kaniulki sercowej termometr. Serce w celu uniknięcia podsychania jest umieszczone w szklanem naczyniu, którego górny otwór zamyka się korkiem, przepuszczającym sercową kaniulkę; przez boczną rurkę kauczukową dopływa do serca tlen, nie wchłonięty przez płyn w biurecie; wreszcie przez dolny otwór ścieka płyn z żył wieńcowych. Wilgotna, obficie tlen zawierająca atmosfera w przyrządzie sprzyja prawidłowej czynności serca.

W ten więc sposób odżywcza ciecz, ogrzana w moich doświadczeniach do 38^0 C, płynie z przyrządu do odcinka tętnicy głównej pod stałem ciśnieniem. Ponieważ jedna z biuret zawiera czysty płyn odżywczy, druga zaś płyn z domieszką chlorku barowego, więc w każdej chwili można przepuścić przez naczynia wieńcowe jużto zatruty, jużto czysty płyn.

Krzywę skurczów serca zapisywałem zapomocą szklanego piórka atramentem na papierze bez końca, przesuwającym się poziomo na walcu kimografu Balzarra, wprowadzonego w ruch. Piórko umocowywałem na długiem ramieniu dźwigni ciężarkowego myografu Mareya. Krótkie ramię myografu łączyłem zapomocą nitki, przerzuconej przez maleńki blok, z wetkniętym do koniuszka lewej komory haczykiem platynowym. Czas zapisywałem na krzywej zapomocą elektromagnetycznego przyrządu, ustawionego na 10″.

Ponieważ pracę mięśnia oznaczamy, mnożąc ciężarek podniesiony przez wysokość podniesienia, a w moich doświadczeniach używałem stałego ciężaru, więc o sile skurczów serca w tych doświadczeniach można sądzić ze zwiększenia lub zmniejszenia wysokości krzywej mięśnia.

Przytoczę dwa z tych doświadczeń.

Doświadczenie I. 14/XII 1905. Serce królika, ważącego 1420 grm. Przepuszczanie przez serce w ciągu pół godziny płynu Ringer-Lockea, zawierającego chlorek barowy w rozcieńczeniach 1:250,000, 1:100,000, 1:25,000, nie wywołało żadnej zmiany w czynności serca. Po odmyciu serca czystym płynem Ringer-Lockea zastosowałem chlorek barowy w rozcieńczeniu 1:10,000.

Czas	Liczba skurczów serca na 1 m.	Wysokość skurczu serca oznaczona w mm.	Uwagi
1 g. 42 m.—43 m.	75	28—29	Płyn Ringer-Lockea.
43 „ —44 „	76	28—29	
44m. 30 s. —45 „ 30 s.	76	28—29	
45 „ 30 „ —46 „ 30 „		27—28	$BaCl^2$ 1 : 10.000
47 „ 10 „ —48 „ 10 „	78	28—29	
48 „ 10 „ —49 „ 10 „	78	28—29	
49 „ 10 „ —50 „ 10 „	78	28—29	
50 „ 10 „ —51 „ 10 „	77	28—29	
51 „ 10 „ —52 „ 10 „	79	28—29	
52 „ 10 „ —53 „ 10 „	79	28—29	
53 „ 10 „ —54 „ 10 „	78	28—29	
55 „ 30 „ —56 „ 30 „	77	27—29	
57 „ 40 „ —58 „ 40 „	78	28—29	
59 „ 10 „ — 2 g. 10m.	79	28	Silnie wyrażone tętno naprzemienne (pulsus alternans).
2 g 1m. 20s.—2m 20 s.	77	24—27	
2m. 20 s. —3 m. 20 s.	74	23—26; w drugiej połowie minuty 25—23	
3 „ 20 „ — 4 „ 20 „	67	23—25	
4 „ 20 „ — 5 „ 20 „	66	20—23	
7 „ 20 „ — 8 „ 20 „	62	22—20	
8 „ 20 „ — 9 „ 20 „	61	22—20	
9 „ 20 „ — 10 „ 20 „	60	22—20,5	
10 „ 20 „ — 11 „ 20 „	60	22—20	
11 „ 20 „ — 12 „ 20 „	61	22—20	
12 „ 20 „ — 13 „ 20 „	60	22—20	
13 „ 20 „ — 14 „ 20 „	60	20—22	
14 „ 20 „ — 15 „ 20 „	60	21—20	Płyn Ringer-Lockea. Przerwa w zapisywaniu i obliczaniu.
3 g. 8 m.—9 m.	69	25—25,5	
9 g. — 10 m.	70	24—24,5	
10m. 10 s.—11 m. 10 s.	72	25	
11 „ 10 „ —12 „ 10 „	72	25	$BaCl^2$ 1 : 1.000.
12 „ 10 „ —13 „ 10 „	72	24—25	
13 „ 10 „ —14 „ 10 „	74	25—24	
14 „ 10 „ —15 „ 10 „	73	24—23.5	
16 m.—17 m.	71	24	
18 „ —19 „	71	23	
19 „ —20 „	70	23—22	
20 „ —21 „	71	23—23,5	
3g. 21m. 40s. 22m. 40s.	71	23	
22 m. 40 s —23 m. 40 s	71	23—23.5	
24 m.—25 „	71	23—22	
25 „ —26 „	70	23—21	Nader wyraźne tętno naprzemienne. Zmniejszenie amplitudy skurczu i rozkurczu.
26 „ — 27 „	65	23—20—18	
27 „ —28 „	59	19, stopniowe obniż. do 14	
28 „ —29 „	56	14—11, stopniowe obniż.	
29 „ —30 „	52	11—8	Zmniejszenie wysokości krzywej przeważnie wskutek niezupełnego zwiotczenia podczas rozkurczu; skurcz słaby.
30 „ —31 „	48	8—5	
31 „ —32 „	45	5—3	
32 „ —33 „	39	3—1½	
33 „ —34 „	38	mniej, niż 1	
34 „ —35 „	27	1, kilka skurczów 8—5	
35 „ —36 „	20	4	
36 „ —37 „	18	4	
3 g 37 m.—38 m.	18	4—1,5	
Pióro rysuje prawie prostą linię.			Przerwa w zapisywaniu. Płyn Ringer-Lockea.
5g. 37m. 50s.—38m. 50s.	59	11	
47 „ 30 „—48 „ 30 „	65	11	$BaCl^2$ 1 : 1.000.
49 „ 40 „—50 „ 40 „	67	11—10	
50 „ 40 „—51 „ 40 „	67	11—10	
51 „ 40 „—52 „ 40 „	68	11	
52 „ 40 „—53 „ 40 „	66	11—10	
53 „ 40 „—54 „ 40 „	64	11—10	
54 „ 40 „—55 „ 40 „	64	10—11	
55 „ 40 „—56 „ 40 „	64	10—11	
56 „ 40 „—57 „ 40 „	64	11—10	
58 „ 30 „—59 „ 30 „	61	10—9	
6g. 10 „ 0 „— 1 „ 10 „	52	8—9	Zmniejszenie amplitudy skurczu serca.
1 „ 50 „— 2 „ 50 „	45	7-6-5-4-9	
3 „ 10 „— 4 „ 10 „	30	8—7—9	Zmniejszenie rozluźnienia serca
4 „ 10 „— 5 „ 10 „	29	8—7	

Czas	Liczba skurczów serca na 1 m.	Wysokość skurczu serca oznaczona w mm.	Uwagi
6 g. 5m. 10s.— 6m. 10s.	38	5-4 3-2-1 i niżej	w czasie rozkurczu; postępujące zmniejszenie amplitudy skurczu.
6 „ 10 „— 7 „ 10 „	43	1 i mniej niż 1	
Serce przestało pracować.			Płyn Ringer-Lockea.
6 g. 8 m.—6 g. 40 m.	0	0	
6g. 40m. — 6g. 44m. 20s.	Ledwie dostrzegalne skurcze.		
44 „ 20s.—45 „ 20 „	29	niżej, niż 1	
45 „ 20 „—46 „ 20 „	33	„ „	
46 „ 20 „—47 „ 20 „	35	„ „	
49 „ 0 „—50 „ 0 „	50	1	
50 „ 0 „—51 „ 0 „	61	1—1,5	
52 „ 20 „—53 „ 20 „	64	1,5—1—2—3	
53 „ 20 „—54 „ 20 „	71	1—2—3	
54 „ 20 „—55 „ 20 „	68	1—0.5—3—2	
Doświadczenie przerwałem			

Doświadczenie II. 15/III 1905. Serce królika, ważącego 1400 grm. W ciągu 1 m. z żył wieńcowych wycieka $5^1/_2$ cm. płynu Ringer-Lockea.

Czas	Liczba skurczów serca na 1 m.	Wysokość skurczu serca oznaczona w mm.	Uwagi
2 g. 15 m.—16 m.	134	34—34	Płyn Ringer-Lockea.
16 „ —17 „	134	34—33	Z żył wieńcowych wycieka $5^1/_2$ cm w ciągu 1 m.
17 „ —18 „	134	34—33	BaCl² 1 : 1.000.
18 „ —21 „	134—133 na 1 m.	33	
21 „ —22 „	133	31	
22 „ —23 „	133	30	
24 „ —15 „	119	30—31	Zmniejszenie zwiotczenia rozkurczowego, po 20 s. również amplitudy skurczu
25 „ —26 „	112	29-18-21-18	Z żył wieńcowych w 1 min. 2cm płynu.
26 „ —27 „	101	16-12-11-8	
27 „ —28 „	80	8—9	
28 „ —29 „	69	8—7	
29 „ —30 „	62	8—7—6	
30 „ —31 „	59	7—6	
31 „ —32 „	59	6—4—5—3	
32 „ —33 „	53	3—2	
33 „ —34 „	52	2	
34 „ —35 „	51	2—$1^1/_2$	
35 „ —36 „	50	mniej niż 1	
36 „ —37 „	36	3—4; mniej niż 1	
37 „ —38 „	27	5—6—7	
38 „ —39 „	31	6-3-7-10-12	Nader znaczna niemiarowość.
39 „ —40 „	34	4—2—1—6—10—3—8—11	„
40 „ —41 „	nader drobne skurcze, 2 większych	mniej niż 1; 2 i 1	„
Serce przestało pracować.			Płyn Ringer-Lockea. Od g. 3 zaczęły się drobniutkie skurcze.
3 g. 48 m.—49 m.	97	11—12	Od g. 3 m 40 rozpocząłem znowu zapisywanie pracy serca.
49 „ —50 „	100	11—12	Z żył wieńcowych na 1 m. 4 cm płynu. BaCl² 1 : 5.000.

Czas	Liczba skurczów serca na 1 m.	Wysokość skurczu serca oznaczona w mm	Uwagi
Od g. 3 m. 51 do g. 4 na 1 m.	97—99	10—12	
4 g. 0 m.—4 g. 1 m.	94	10—11	
1 „ — 2m.	92	11—10	
2 „ — 3„	86	10—8	
3 „ — 4„	79	8—9	Zmniejszenie amplitudy skurczu serca.
4 „ — 5„	77	8—7	Z żył wieńcowych na 1 m. 3 ccm. płynu.
5 „ — 6„	77	8—7	Jeszcze większe osłabienie skurczu.
6 „ — 7„	71	7—6	
7 „ — 8„	71	7 6	
8 „ — 9„	71	7—6	
9 „ —10„	70	6—7	Z żył wieńcowych na 1 m. 2,3 c m.
10 „ —11„	68	6—7	
Od 4 g. 11 m. do 4 g. 25 m. na 1 m.	64—61	6—7	Z żył wieńcowych na 1 m. 2 ccm.
Od g. 4 m. 25 do g. 4 m 32 na 1 m	64—60	6—5	Z żył wieńcowych na 1 m. 1,9 ccm.; znaczne zmniejszenie zwiotczenia rozkurczowego.
4 g. 32 m.—33 m.	57	6	
40 „ —41 „	59	5—4—6	
41 „ —42 „	54	6—5	
42 „ —43 „	53	6—2—1—3	Ogromne zmniejszenie skurczu i rozkurczu.
Od g. 4 m. 43 do g. 5 m. 16 na 1 m.	51—49	3—2	Z żył wieńcowych na 1 m. wycieka 1,8 ccm. płynu.
Doświadczenie przerwałem.			

Z przytoczonych doświadczeń wynika, że chlorek barowy w rozcieńczeniu 1:250,000—1:25,000 nawet w ciągu 30′ działania nie wpływa na odosobnione serce królika. Działać on zaczyna dopiero w rozcieńczeniu 1:10,000. Działanie to objawiało się we wszystkich doświadczeniach znacznem zmniejszeniem wysokości skurczów serca i zwolnieniem pracy serca w okresie osłabionej jego czynności. W rozcieńczeniu 1:5000 chlorek barowy nie zdołał zatrzymać serca nawet przy przepłukiwaniu serca zatrutym płynem w ciągu 85 minut, jakkolwiek serce było już przedtem doprowadzone do bezczynności chlorkiem barowym w rozcieńczeniu 1:1000. Na krzywych widzimy przedewszystkiem zmniejszenie rozkurczowego zwiotczenia komory i osłabienie skurczu, niekiedy zaś pierwsza zmniejsza się energia skurczu; do tych objawów dołącza się wkrótce niemiarowość i serce wreszcie przestaje pracować, a rozmiary serca zmniejszają się. Przy rozcieńczeniu 1:1000 cały ten obraz aż do ustania czynności serca wymaga 17—22—26′ czasu. Godną uwagi jest również ta okoliczność, że ilość płynu, wyciekającego z żył wieńcowych, obniża się bardzo pod wpływem chlorku barowego. Istotnie bowiem w drugiem doświadczeniu przed przepłukiwaniem serca chlorkiem barowym w rozcieńczeniu 1:1000 ta ilość wynosiła na 1′ 5,5 cm., a po 9-minutowem przepłukiwaniu tym płynem zaledwie 2 cm; po przepłukiwaniu serca chlorkiem barowym w rozcieńczeniu 1:5000 w ciągu 19 minut wyciekało z żył wieńcowych 2,3 ccm. zamiast pierwotnych 4 ccm. Te dane przemawiają za tem, że chlorek barowy najprawdopodobniej działa zwężająco na naczynia wieńcowe serca.

Z tych doświadczeń wogóle wysnuć należy wniosek, że chlorek barowy działa na sam mięsień sercowy odrazu porażająco bez poprzedniego podniecenia; na obwodowe zakończenia nerwów błędnych nie wywiera również pod-

niecającego działania; praca serca zwalnia się dopiero w okresie działania porażającego. Chlorek barowy zwęża prawdopodobnie wieńcowe naczynia serca. Działanie chlorku barowego na serce występuje tylko przy stosunkowo małem rozcieńczeniu tego środka, zaczynając od 1 : 10,000, co wskazuje na to, że chlorek barowy jest stosunkowo słabą trucizną dla serca króliczego w porównaniu do innych trucizn sercowych, które wywierają działanie już w bardzo znacznych rozcieńczeniach; tak np. digitalina już w rozcieńczeniu 1 : 1.200,000 zwiększa wysokość skurczów serca i zwalnia uderzenia serca (Boczarow 53), a strofantyna wywiera podobne działanie nawet w rozcieńczeniu 1 : 100,000.000 (Boczarow). (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

Dr. S. Jessner (Królewiec): **Krótki podręcznik chorób skóry.** Spolszczyli z 2-go wydania niemieckiego W. Dobrowolski i W. Łuniewski pod red. dr. Wojciechowskiego. Warszawa 1906. (Biblioteka lekarska, T. XII).

W zakresie chorób skórnych i wenerycznych nie mamy prawie zupełnie podręczników w języku polskim, — dlatego tłómacze zasługują w pierwszym rzędzie na uznanie za podjęcie żmudnej, ale prawdziwie pożytecznej pracy. Przedewszystkiem wybór podręcznika z pomiędzy ogromnej liczby różnego rodzaju takich książek, pojawiających się corocznie w Niemczech, jest bardzo trafny. Książka Jessnera jest rzeczywiście krótkim podręcznikiem (*Compendium*), ale obejmującym w zwięzłej postaci dostateczne wiadomości dla uczącego się i lekarza-praktyka w zakresie tak chorób skórnych, jak kiły i kosmetyki. Autor niemiecki podaje w swej książce doskonały zarys kliniczny chorób, oparty na własnym podziale, uwzględniając przytem teoryę w krótkiej i przystępnej postaci, a dodając dużo cennych wskazówek leczniczych. To też podręcznik ten ma nietylko tę zaletę, że czyta się łatwo i przystępnie, ale że każdy szybko zoryentować się w nim może, co dla uczącego się, czy dla lekarza-praktyka, chcącego przypomnieć sobie ten lub ów szczegół, wielkie ma znaczenie.

W tłómaczeniu oddano gładki i jasny styl niemieckiego autora, a uwzględnienie i czystość słownictwa polskiego, użytego w tłómaczeniu, zasługuje na uznanie. Część zewnętrzna wydawnictwa: układ, druk i papier miłe robią na czytelniku wrażenie; to też książka ta powinna się znaleźć i na stole praktyka, który tym działem medycyny specyalnie się nie zajmuje, ale z chorobami temi tak często ma do czynienia, i w rękach słuchającego wykładów tej części nauk lekarskich.

W końcu mała uwaga: W przeszłym roku ukazało się 3-cie wydanie tego podręcznika, powiększone i uzupełnione szczególnie w dziale leczniczym; szkoda, że tłómaczenie nie zostało uzupełnione według tego ostatniego wydania, uwzględniającego najświeższe zdobycze nauki. Jestto zapewne skutkiem trudności technicznych, a da się łatwo powetować przy następnem wydaniu tłómaczenia; wobec wartości dziełka i zalet tłómaczenia powinnoby ono rozejść się szybko w pierwszem, a ukazać w drugiem wydaniu, czego wydawnictwu »Biblioteki« szczerze życzymy.

Doc. Krzyształowicz.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. P. Deucher. **Rozpad białka i działanie przeciwgorączkowe.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57. Z. 5 i 6). Autor postanowił zbadać wpływ środków przeciwgorączkowych na rozpad białka w ustroju gorączkującym; doświadczenia wykonał na 12 chorych na dur brzuszny (aby módz dłuższy czas obserwować), u których wywoływał obniżenie ciepłoty środkami przeciwgorączkowymi (pyramidon, chinina, euchinina, laktofenina, fenacetyna, tallina) przy jednostajnej dyecie, przeważnie mlecznej. Oznaczał ilościowo azot podanego jedzenia, moczu i stolca przed podaniem środków przeciwgorączkowych, wśród ich podawania i w okresie późniejszym po ich usunięciu. Doświadczenia te wykazały zmniejszenie się ilości azotu pod wpływem tych środków, a więc i zmniejszony rozpad białka, lecz po tem zmniejszeniu następowało zwiększenie się wydzielania azotu po usunięciu przeciwgorączkowych środków i to zwiększenie dochodziło nawet wyższych liczb, niż przed podaniem tych środków. Najsilniej działały chinina i euchinina.

Maciąg.

E. Koziczkowski. **O wpływie dyety i kuracyi drożdżowej na pojawiające się w moczu produkty gnicia.** (*Zeitschrift f. klin. Med.* T. 57, Z. 5 i 6). Autor oznaczał ilościowo codzienne wydzielanie indykanu i kwasów etero-siarkowych pod wpływem rozmaitych dyet. Przy zastosowaniu dyety, obfitującej w białko, a w której barwik krwi mięsa zniszczono przez gotowanie, zauważył autor zwiększenie się wydzielanych kwasów etero-siarkowych, które jednak pewnych granic nie przekraczało; nadmierne zwiększenie się ilości indykanu i kwasów etero-siarkowych następowało, gdy podano w dyecie mięso surowe zamiast gotowanego lub też kiszkę z krwi przyrządzoną. Rozpadający się więc barwik krwi w jelitach wywołuje zwiększanie się indykanu i kwasów etero-siarkowych w moczu. Podawanie codziennie świeżych drożdży piwnych do jedzenia nie wywierało żadnego wpływu na wydzielanie się tych połączeń w moczu.

Maciąg.

E. Ekgren. **Wpływ kąpieli tlenowych na częstość tętna i ciśnienie krwi.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* 57. T. 5 i 6 z.). Autor wykonał doświadczenia na 9 chorych na różne choroby w wieku od 18—47 lat; ciśnienie krwi mierzył przyrządem Riva-Rocciego przed kąpielą i po kąpieli. Podmiotowo kąpiele wywoływały uczucie zimna, czasem dreszcz, po którem następowało uczucie ciepła; ciepłota kąpieli wynosiła 33° C., ciśnienie gazu 0·15 kg. na 1 cm.³, trwanie kąpieli średnio kwadrans. Liczba tętna spadała (od 4—20 uderzeń na minutę), ciśnienie krwi podnosiło się (05—55 mm. Hg.); przy ciepłocie kąpieli 37° C. następowało przyspieszenie tętna i obniżenie ciśnienia krwi. Z tego powodu zaleca autor stosowanie tych kąpieli tylko przy ciepłocie 33° C. i wskazuje na możliwość dobrych wyników leczniczych tam, gdzie chodzi o zwolnienie tętna i wzmożenie siły serca; radzi jednak stosować się do indywidualności chorego z powodu ujemnych objawów, jak nieregularność tętna, duszność, drżenie, spostrzeganych niekiedy wśród lub po kąpieli.

Maciąg.

R. Kaufmann. **O niedowładzie żołądka i jego chemizmie.** (*Zeitschrift für klinische Med.* T. 57, z. 5 i 6). Pewne sprzeczności w podaniu granic kwaśności soku żołądkowego i zależności jej od innych objawów i zmian anatomicznych, skłoniły autora do dokładnych badań nad chemizmem wogóle, a zwłaszcza nad oznaczeniem fizyologicznych granic ilości HCl żołądka. Autor podawał próbne śniadanie (bułka i 250 gr. wody) i w 50—55 minut wydobywał treść: kwaśność treści ogólna wahała się między 5—90. kwas solny wolny między 0 a 0·2 prc. u ludzi, niedotkniętych żadną chorobą żołądkową. U ludzi, cierpiących na różne dolegliwości żołądkowe, jak bole żołądka, kwaśne odbijania i wymioty, zgaga, znajdował autor ilości kwasu solnego częściej wyższe, niż niższe, ale rzadko przekraczające górną prawidłową granicę; stąd wnosi, że dolegliwości z powodu nadmiernej kwaśności nie zależą jedynie od siły wydzielania i że w leczeniu można często usunąć je przez odpowiednią dyetę i leki, nie obniżając ilości kwasu solnego. Jako przyczynę, współdziałającą w obrazie chorobowym, wywołanym nadmierną kwaśnością, trzeba przyjąć oprócz zmian anatomicznych i trudnego wydzielania się soku także i niedowład żołądka i zwiększoną ogólną wrażliwość wraz z przeczulicą błony śluzowej żołądka.

Maciąg.

J. Bence. **Kliniczne badania lepkości krwi.** (*Zeitschr. f. kl. Med.* T. 58. Z. 3). Badania wykonał autor na szeregu chorych zapomocą aparatu Hirscha i Becka. Krew brał z żył. We krwi chorych dotkniętych sinicą, wzmagała się lepkość krwi o 25 do 52 prc., a więc przesycenie krwi tlenkiem węgla podnosi jej lepkość, a wzmagając tem samem opór, na jaki napotyka praca serca, łatwo wywołuje nużenie się mięśnia sercowego. Opór wzmaga się tem bardziej, że wadom serca wśród niedomogi (sinicy) towarzyszy policythemia, która jest znowu wynikiem kurczenia się naczyń obwodowych. Wdychiwania tlenu obniżają lepkość, ułatwiając ustrojowi pozbywanie się tlenku węgla i w ten sposób działają korzystnie na serce. Krew chorych na nerki okazuje mniejszą lepkość, prawdopodobnie i wśród mocznicy, a to z powodu wodnistości krwi. Wpływu rodzaju pożywienia na lepkość krwi autor nie stwierdził. *Stahr.*

M. Georgopulos. **Wpływ zasobności krwi w wodę na wymiary krwinek czerwonych.** (*Zeitschrift für kl. Med.* T. 58, Z. 4). W krwi prawidłowej wynosi średnica krwinek czerwonych średnio 7—$7\frac{1}{2}\mu$; poniżej 6μ i powyżej $8{\cdot}5\mu$ mierzących krwinek czerwonych nie znajdował autor w świeżych preparatach nigdy. Badając równocześnie zasobność krwi całkowitej w wodę przekonał się, że nie zachodzi żaden związek między wymiarami

krwinek czerwonych, a zasobnością krwi w H_2O. Wśród chorób, w których stwierdzono ubytek wody we krwi (n. p. w cierpieniach serca w okresie niedomogi) nie można było stwierdzić pomniejszenia się wymiarów krwinek czerwonych. W toku zapaleń nerek można spotkać megalocyty zarówno w okresie, w którym zagęszczenie krwi jest wzmożone, jak i w czasach, kiedy krew jest wodnistą. Silne biegunki także nie zmniejszają wymiarów krwinek. Dwuwklęsłe mikrocyty znajdowały się w toku ostrych i przewlekłych niedokrwistości i wśród zdrowienia po ostrych zakaźnych chorobach; należy je odróżniać od mikrocytów kulistych, które powstają dopiero przy sporządzaniu preparatów. *Stahr.*

M. Scheier. **O zmianach krwi u dzieci z wyroślami w jamie nosowogardłowej.** (*Zeitschr. f. kl. Med.* T. 58. Z. 4). U dzieci z wyroślami w jamie nosowogardłowej (migdałek trzeci) zawiera krew mniej Hb, średnio o 13.8 prc., liczba krwinek czerwonych i ich stosunki postaciowe nie ulegają zmianom, natomiast liczba białych wogóle, a często głównie limfocytów, bywa większa. Po usunięciu wyrośli podnosi się odsetka Hb, liczba leukocytów spada, znika również przybytek limfocytów, a liczba wielojądrzastych znowu rośnie. Po zabiegu uważał autor również znikanie obrzęków gruczołów limfatycznych na szyi, którym również przypisuje zmiany krwi. *Stahr.*

Dörner. **Śniadanie czy obiad próbny?** (*Münch. med. Wochenschr.* 1906, Nr. 10). Autor zwraca uwagę na wydarzające się często odmienne wyniki badania żołądka przez różnych lekarzy, a to jedynie z tego powodu, że sposoby badania są różne. Jedni badają żołądek tylko po śniadaniu, inni po obiedzie, a niektórzy po obu próbach. Nie jest to rzeczą obojętną, bo żołądek zachowuje się często zupełnie inaczej przy tych próbach i tak mała stosunkowo ilość pokarmu przy śniadaniu w żołądku chorym może sprawiać, że wynik badania będzie prawie prawidłowy, a po podaniu obiadu próbnego dopiero objawiają się zmiany. Dlatego też konieczne są obie próby zawsze i to najpierw obiad próbny, a dopiero gdy ta próba wykryje zmiany, przejść można do śniadania, które dopiero pozwoli ocenić stopień zmian. *A. Klęsk.*

Prof. T. Rosenheim. **O praktycznem znaczeniu romanoskopii.** (*Berl. kl. Wochenschr.* 1905. Nr. 44*a*). Środkiem tym pomocniczym posługują się w ostatnich latach tak chirurdzy, jak i interniści tam, gdzie idzie o ścisłe rozpoznanie guza w jakiejś części okrężnicy esowatej. Ważne też usługi oddaje ten sposób lekarzowi w tych przypadkach, gdzie objawy są niejasne lub wieloznaczne. Nieraz i najstaranniejsze badanie kału, jakoteż i obmacanie daje wynik ujemny; wówczas endoskop, wprowadzony do kiszki aż do wysokości 35 cm., odrazu usuwa przypuszczenie złośliwego nowotworu tej części kiszki. Obok raka odgrywają jeszcze ważną rolę w klinice chorób okrężnicy esowatej sprawy zapalne i zapalnowrzodziejące. Ściślejsze odróżnienie tych spraw udaje się li tylko przy pomocy endoskopu. *Korm.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Schücking. **Działanie promieni radu na raki, nie nadające się do operacyi.** (*Zentr f. Gyn.* 1906, Nr 9). W przypadku zaniedbanego raka macicy u 56-letniej kobiety, połączonego z naciekiem w całej miednicy małej i rozpadem, stosował S. przez 5 tygodni 3 mg. radu, które w różnych miejscach pochwy zapomocą gazy wioformowej, zmienianej codziennie, umieszczał. Wynik polegał na zniszczeniu nacieku nowotworowego w niektórych miejscach aż do tkanki zdrowej i na zupełnem ustaniu cuchnących odchodów. Tam, gdzie dno rany stanowiła tkanka zdrowa, pojawiła się ziarnina, a po 6—9 dniach od chwili usunięcia radu nastąpiło zabliźnienie; także w innych miejscach widoczną była skłonność do zabliźnienia się. Badanie drobnowidowe tkanki, na którą działały promienie radu w doświadczeniach na królikach, dowiodło, że głównie powstają zmiany w naczyniach, świadczące, że działanie krótsze wywiera na komórki wpływ drażniący, a dłuższe je niszczy. *B. Wojciechowski.*

J. Goldenstein. **Z praktyki położniczej.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 9). 1) Zawezwany z powodu zatrzymania łożyska nie zauważył G. przy dotykaniu macicy nic nadzwyczajnego; gdy wygniecenie łożyska się nie udało, przystąpił do wydobycia ręcznego, przyczem stwierdził przegrodę grubości $1\frac{1}{2}$ ctm., dzielącą całą jamę macicy od dna do ujścia; lewa połowa macicy pusta, bez doczesnej; w rogu prawym przyczepione łożysko. Mimo prośby nie zgłosiła się chora później. 2) Przypadek znacznego wodogłowia (obwód główki 46 ctm.), przy którym po długiej pracy porodowej nastąpiło rozwiązanie siłami przyrody. Płód żywy, zmarł po 5 dniach wśród objawów ucisku mózgowego. 3) Przypadek śródmacicznego oszkieletowania płodu w V. miesiącu ciąży. *B. Wojciechowski.*

W. Zikmund. **Dalszy przyczynek do kazuistyki zranień pochwy podczas spółkowania.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 4). Zranienia części rodnych kobiecych przy spółkowaniu nie są tak nadzwyczaj rzadkie, jak dotychczas sądzono. Fr. Neugebauer z Warszawy zebrał z piśmiennictwa do roku 1899, 150 (w tem 8 własnych) takich spostrzeżeń. Z. uzupełnia tę statystykę 14 pracami, ogłoszonemi po roku 1899. Przypadki te ciekawe są z tego względu, że przyczyna i sposób powstania rozległych nieraz obrażeń pozostają najczęściej niewytłómaczone. Najczęstszą przyczyną jest zbyt gwałtowne i brutalne spółkowanie przy równoczesnym niestosunku części płciowych lub przy niedostatecznie rozwiniętych częściach rodnych kobiety, bardzo rzadko przyczyną jest wyłącznie nadzwyczaj duże i twarde prącie (Knochenpenis). Zresztą przyczyny leżą w narządach rodnych kobiecych. Do tych przyczyn należą wszelakie wady rozwojowe, lub nabyte zniekształtnienia części płciowych żeńskich, n. p. *vagina duplex cum hymene bifenestrato*, *septa vaginae*, *atresia vaginae*, *hymen crassus*, *carnosus*, *imperforatus*, następnie blizny pochwy i wejścia do pochwy, powstałe po oparzeniach, zniekształtnienia sromu, wrodzona krótkość pochwy, częstokroć także woreczkowate zagłębienia w tylnej części szpary sromowej i w końcu wrodzona cienkość i niepodatność ścian pochwy. Według niektórych autorów zranienia przy spółkowaniu zdarzać się mogą także przy silnie wypełnionej kiszce stolcowej, nadmiernem tyło- lub przodozgięciu macicy, jakoteż przy spółkowaniu wkrótce po porodzie lub po operacyach pochwy. Wskutek zranienia pochwy podczas spółkowania nastaje zazwyczaj silny krwotok, który może nawet wywołać śmierć. *Jaworowski.*

D. Grunbaum. **Rokowanie przy operacyach raka sromu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 7). Od czasu upowszechnienia się doszczętnej operacyi raka sromu z wyłuszczeniem gruczołów pachwinowych statystyka wyzdrowień bez nawrotów znacznie się polepszyła. I tak statystyka Goldschmidta wynosi 10 prc. zupełnego wyleczenia Massa 11 prc., a Lutzenburgera, który wyłuszcza nawet gruczoły niepowiększone i wycina tkankę tłuszczową okołogruczołową — 22·2 prc. Autor radzi operować tylko nożem i to w zdrowej tkance, a zaniechać przypalań żegadłem Paquelina. Gruczoły i tkankę okołogruczołową należy wyłuszczać po obu stronach. *Jaworowski.*

H. Füth. **O wysokiej śmiertelności z zapalenia okołokątniczego podczas ciąży.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 9). Jak niebezpiecznem powikłaniem ciąży jest zapalenie okołokątnicze, świadczy statystyka Boijea: na 42 przypadków zakończyło się śmiercią 22, więc 52·3 prc. Tak znaczną śmiertelność różni autorowie rozmaicie tłómaczą. I tak Fraenkel sądzi, że warunki powstawania zapalenia okołokątniczego są podczas ciąży takie same, jak i poza ciążą i ciąża wpływa tylko niekorzystnie na przebieg choroby, zwłaszcza wtedy, gdy wskutek wzrastania ciężarnej macicy przerwą się zrosty między nią, a otorbionym ropniem w okolicy wyrostka robaczkowego. Hlavacek przeciwnie sądzi, że ciąża wpływa niekorzystnie na zapalenie okołokątnicze już w samym początku choroby, nim jeszcze wytworzy się ropień, a to dlatego, że macica, spychając kątnicę i wyrostek robaczkowy, wywołuje często zagięcie się wyrostka. Wielką rolę ma tu odgrywać więzadło, łączące wyrostek robaczkowy z jajnikiem (*ligam. Cladoni*), pociągane przez rosnącą macicę. Autor twierdzi na podstawie własnych spostrzeżeń, że ciąża może się przyczynić do powstania zapalenia okołokątniczego, chociażby tylko wskutek przemieszczenia przez ciężarną macicę kątnicy wraz z wyrostkiem robaczkowym aż pod wątrobę, jak to między innymi Waldeyer także stwierdził; a rozlane zapalenie otrzewnej dlatego się tak często w tej chorobie zdarza, że począwszy już od czwartego miesiąca ciąży macica wypełnia szczelnie miednicę małą i zamyka ropie drogę ku dołowi do zatoki Douglasa, skądby można ją od strony pochwy wypuścić. Autor przypuszcza, że poronienie lub poród przedwczesny mogą mieć korzystny wpływ na przebieg choroby. *Jaworowski.*

L. M. Bossi. **Dwa przypadki szybkiego rozwiązania moją metodą.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 10). Dwa porody czasowe; oba razy ginęły dobrze rozwinięte płody podczas porodu bez wiadomej przyczyny mimo obecności lekarza. Na kilka tygodni przed końcem 3. ciąży postanowiono poród sztuczny metodą Bossiego. W uśpieniu wprowadził B. po 1 minucie narzędzie do zupełnie zamkniętej szyi, a wobec wielkiej niewrażliwości macicy rozszerzał przez godzinę do 10 ctm. Wobec ruchomości główki przebił B. pęcherz przed wyjęciem narzędzia, lecz i teraz główka się nie wstawiła. Zapomocą ciężkich kleszczy wydobył B. płód żywy, ważący 3350 gr. Krwotoku, ani naddarć nie było. — 2) U kobiety, która 6 razy rodziła, pojawiła się w VII. miesiącu następnej ciąży ciężka plamica krwotoczna. Szereg środków wewnętrznych okazał się bezskutecznym, a stan chorej pogarszał się szybko. Przy zupełnie zachowanej szyi założył B. rozszerzacz po 1 minucie, a po 17 minutach mógł już wydobyć płód ręką. Naddarć nie było.

W okresie III. zmusił silny krwotok do wytamponowania macicy. Po 12 godzinach krwawienia ustały, mocz jasny. Wyzdrowienie. — Cięcie cesarskie pochwowe uważałby B. w 1. przyp. za zabieg poważniejszy, niż tego wymagały wskazania, w 2. zaś za niebezpieczniejszy od swej metody, a to z powodu obawy silnego krwotoku z zadanej rany. *B. Wojciechowski.*

Esch. **W sprawie rzucawki bez napadów.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 10). U 25-letniej pierwiastki z końcem ciąży wystąpiły pod wieczór bole, a równocześnie mocz krwawy, płatki przed oczami, potęgujące się osłabienie wzroku, wymioty i bole głowy. Nazajutrz przed południem utrata wzroku, drganie w twarzy, — w południe utrata przytomności. Ciepłota do 39·7°, tęt. 84, nieregularne, coraz szybsze; źrenice zwężone nie oddziałują; ujście rozszerzyło się przy częstych bolach do 2 palców; mocz ciemno-brunatny, zawiera wałeczki, bez ciałek krwi i barwików żółciowych: około północy śmierć. Sekcya stwierdziła: rozszerzenie prawego moczowodu do grubości palca; wybroczyny na otrzewnej ściennej; śledziona duża, twarda; na wątrobie wybroczyny, miąższ gliniasto-żółty, zasiany wybroczynami, granice zrazików zatarte; w jamach opłucnych płyn krwawy; wybroczyny na osierdziu i opłucnej; mięsień sercowy wiotki, żółtawy; przekrwienie naczyń mózgowych, wybroczyna nad płatem mózgowym bocznym prawym, istota mózgowa żółtawa, w ciałku prążkowanem wylew krwi, w komórkach bocznych płyn krwawy. Za zapaleniem nerek przemawia spostrzeganie kliniczne. Zdaniem E. był to niechybnie przypadek rzucawki bez napadów. Lekkie drgania mięśniowe przypominają podobny przypadek Schmorla; możnaby je uważać za napady poronne.

B. Wojciechowski.

R. Lumpe. **Przypadek cięcia cesarskiego na umierającej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 10). 34-letnia kobieta, obecnie z końcem VII. ciąży, doznała przed jakimś czasem z niewiadomej przyczyny udaru mózgowego z następowem porażeniem kończyny dolnej prawej i języka. Stan chorej pogarszał się stale; dołączyło się porażenie kończyny górnej prawej i zaburzenia w mowie, rozszerzenie źrenicy lewej, wreszcie oddech Stokesa. Przekonawszy się wraz z asystentami kilkakrotnie o życiu płodu, wykonał L. wobec niechybnie blizkiej śmierci matki, przy ujściu rozwartem na palec, typowe cięcie cesarskie zachowawcze. Płód 3150 gr., krzyczał natychmiast. Po 6½ godzinach matka umarła. Przy sekcyi stwierdzono ponad zwojami centralnymi półkuli lewej zorganizowany krwiak wielkości kurzego jaja, pochodzący z pęknięcia naczynia opony miękkiej; krwiakowi odpowiadało zagłębienie w uciśniętej istocie mózgowej. (Rysunki). *B. Wojciechowski.*

PEDYATRYA. Mettenheimer. **Doświadczenia przy polipach odbytnicy u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, t. 63, luty, 1906). Autor zwraca uwagę na możliwość pomieniania objawów polipów odbytnicy z miesiączkowaniem przedwczesnem lub miesiączkowaniem starszych dziewcząt, u których krwotoki z polipów mogą powstawać zastępczo zamiast krwawienia z części rodnych. Możliwe jest także pomienianie z cierpieniami pęcherza moczowego (zapalenie, kamień) lub przeoczenie polipów wobec cierpień pęcherza, rozwijających się jako powikłanie. Operacya (podwiązanie lub odcięcie zapomocą żegadła Paquelina) powinna się odbywać w uśpieniu z zapewnieniem należytego dostępu zapomocą wzierników. *Lewkowicz.*

Weyl. **Kliniczny i anatomiczny obraz przy ostrem ropnem zapaleniu mózgu u dziecka.** (*Jahrb. f. Kinder.*, t. 63, luty, 1906). Opis przypadku u 5½-letniego dziecka. Choroba trwała 4 dni: z początku lekkie przypady oponowe, ostatniego dnia nieprzytomność, sztywność karku i grzbietu, tężcowy kurcz wszystkich mięśni, oddychanie Cheyne-Stokesa, śmierć. Zmian mózgu, widocznych gołem okiem, oprócz nastrzykania i rozpulchnienia nie było. Mikroskopowo stwierdzono rozsiane ogniska zapalne w oponie miękkiej i istocie mózgowej (tu głównie około naczyń), a zawierające przedewszystkiem limfocyty i komórki plazmatyczne.

Lewkowicz.

Grossmann. **Rzadka postać** *spina bifida cystica*. (*Jahrb. f. Kinderh.*, tom 63, luty, 1906). *Spina bifida cystica anterior* u dziecka 8-miesięcznego. Gdy w dotychczas opisanych przypadkach guz wrastał w miednicę małą, w niektórych przypadkach wywoływał objawy dopiero u dorosłych kobiet jako przeszkoda porodowa, w innych rozpoznany jako zwykły torbiel i operowany przez nacięcie stawał się źródłem ropnego zapalenia opon, to w przypadku autora uszypułkowany guz wydobył się szczeliną w kości krzyżowej i mięśniach pośladkowych w okolicę prawego pośladka. Otoczony był tłuszczakiem. Rozpoznanie podczas zabiegu operacyjnego. Podwiązanie szypułki, usunięcie guza. Wyleczenie. *Lewkowicz.*

Marya Kuhne. **Dwa przypadki wrodzonej niedrożności ujścia żylnego prawego.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, T. 63, luty, 1906). Opis własnych przypadków i sześciu innych z piśmiennictwa. Objawy kliniczne polegają na objawach, wspólnych wrodzonym wadom serca (sinica wrodzona itd.), powiększeniu serca, szmerze skurczowym, najgłośniejszym nad mostkiem. Długość życia po urodzeniu wynosiła od 4 godzin do 27 lat. *Lewkowicz.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. Quosig. **Tężyczka pochodzenia jelitowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 10). U chorego, cierpiącego na tężyczkę, wykazało badanie kału metodą Smidt-Strasburgera zupełne prawie nietrawienie tłuszczów i białka, obok prawidłowego trawienia i chłonienia węglowodanów. Na zasadzie tych badań, oraz podobnego przypadku Ewalda i Fleinera, uważa autor samozatrucie organizmu za przyczynę tężyczki. Przypuszczenie Fleinera, że utrata wody, towarzysząca nadmiernym biegunkom, jest przyczyną tej sprawy, jest zdaniem autora nieprawdopodobne; często bowiem spotykamy silne biegunki bez tężyczki, z drugiej strony (przypadek Ewalda) występuje czasem tężyczka bez biegunki. *Dr. M. Godlewski.*

Kreuzfuchs. **O zwrotnej nieruchomości źrenic.** (Z powodu artykułu Dreyfusa w Nr. 8). (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 10). Autor przytacza dowody, przemawiające za istnieniem dwóch ośrodków; ośrodka zwężającego źrenicę, położonego w jądrze nerwu okoruchowego i ośrodka rozszerzającego źrenicę z siedzibą w rdzeniu szyjnym. Łuk odruchowy, pośredniczący w zwężeniu źrenicy (Bernheimer), stanowią następujące ogniwa: włókna źreniczne, jądro nerwu okoruchowego, nerw okoruchowy, zwieracz źrenicy. Wrażenia, których skutkiem jest rozszerzenie źrenicy (odruch zaciemnienia źrenicy, Kreuzfuchs), przebiegają po nerwie trójdzielnym do ośrodka rozszerzającego źrenicę, położonego w części szyjnej rdzenia, a przez korzonki przednie nerwu współczulnego do mięśnia rozszerzającego źrenicę. Zaburzenia, dotyczące dośrodkowej części tego łuku (przecięcie nerwu trójdzielnego, wycięcie zwoju Gassera), nie niszczą jeszcze stałego napięcia mięśnia rozszerzającego źrenicę, w stan czynny jednak, — co następuje przy zaciemnieniu źrenicy — mięsień ten już przejść nie może. Stąd też w stanie spoczynku źrenice są równe, przy zaciemnianiu zaś rozszerza się tylko źrenica po stronie zdrowej. Gdy część odśrodkowa drogi jest chorobowo zmieniona, (zmiana w ośrodku rozszerzającym lub w nerwie współczulnym), znika prawidłowe napięcie mięśnia rozszerzającego źrenicę, która popada wtedy w stan trwałego zwężenia.

Dr. M. Godlewski.

Graeffner. **Zachowanie się odruchów, w szczególności u chorych połowiczo porażonych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 11). Autor znajdował odruch kolanowy prawie stale (90 prc.) wzmożony po stronie chorej; osłabienie odruchu wskazuje na powikłanie przyrody ogólnej (wiąd rdzenia, cukrzyca, stany charłacze) lub miejscowej (przykurczenia na tle gośćcowem). W przypadku silnego obustronnego wzmożenia odruchów znaleziono po śmierci obustronne zmiany anatomiczne w mózgu. Wzmożenie odruchu Achillesa po stronie chorej jest o wiele rzadsze (32·7 prc.), niż odruchu kolanowego; przyczyna tego zjawiska, jakoteż i przyczyna względnej rzadkości drżenia stopowego leży w przykurczeniu ścięgna Achillesa: przykurczenie to zaś ma swe źródło w znamiennem dla kończyny porażonej ustawieniu stopy. — Objaw Babińskiego występował w kończynie porażonej zwykle bardzo wyraźnie i dość często (62·9 prc.), objaw Kurta Mendla w 26·7 prc., badanie objawu Oppenheima często musi być zaniechane z powodu obrzęków, blizn lub wrzodów. Odruch jądrowy znika nawet fizyologicznie w podeszłym wieku, nie może więc być stale branym w rachubę. U wieloródek z wiotkiemi powłokami brak często już w stanie prawidłowym odruchu brzusznego. Odruch piszczelowy Strümpella spostrzegał autor w 44 prc. Dodatni odruch kontralateralny mięśni przywodzących udo, jest wedle autora wyrazem silnego zaburzenia w odżywieniu tkanek (miażdżyca, stany charłacze).

Dr. M. Godlewski.

Steinert. **Przyczynki do nauki o zaniku mięśniowym przy nadjądrowych** (*supranucleares*) **porażeniach, zwłaszcza przy porażeniu mózgowem połowiczem.** (*Deut. Archiv f. klinische Medizin*, T. 85, Z. 5 i 6). Podobnie jak po porażeniach obwodowych, tak samo i w porażeniach nadjądrowych, których typem jest porażenie połowicze mózgowe (*hemiplegia*), rozwija się zanik mięśni; można go stwierdzić już stosunkowo wcześnie, bo po 8—14 dniach, odtąd postępuje on szybko aż do szczytu, po upływie zaś dwóch miesięcy przestaje się zazwyczaj powiększać. Bywa on znaczniejszy na kończynie górnej, (zwłaszcza w obrębie mięśni łopatki i małych mięśni dłoni), aniżeli na dolnej. Zazwyczaj towarzyszy mu lekkie upośledzenie pobudliwości elektrycznej, przytem często, — bo w 14 na 17 badanych pod tym względem przypadków — pojawia się odczyn myasteniczny; podnieść należy, że

odczyn ten pojawia się we wszystkich okresach porażenia, przy porażeniu wiotkiem i kurczowem, zarówno w świeżych, jak i zastarzałych przypadkach; podobnie jednak, jak przy właściwej niedomodze mięśniowej (myastenii), nie jest on zjawiskiem stałem: raz pojawia się w całej pełni, później znów znika, jednego dnia w tym, następnego zaś w innym mięśniu wyraźniej się zaznaczając. Pod względem patologiczno-anatomicznym przedstawiają włókna mięsne bardzo wcześnie, bo w pierwszym miesiącu po porażeniu, obraz wyraźnego zwyrodnienia tłuszczowego, czasem także i woskowego; (po upływie miesiąca stan mięśni poprawia się znacznie, a w obrazie histologicznym więcej, niż zwyrodnienie, zwraca teraz uwagę zwężenie średnicy włókien mięsnych, jakoteż znaczne powiększenie ilości jąder mięsnych; w rdzeniu róg przedni po stronie chorej ulega również widocznemu zanikowi. *Wilczyński.*

Doc. Pineles. **Patogeneza tężyczki.** (*D. Arch. f. klin. Med.* T. 85, Z. 5 i 6). Jak badania ostatnich lat dowiodły, przyczyną tężyczki po wycięciu gruczołu tarczowego (*tetania strumipriva*) jest zupełny brak lub też niedostateczna wydzielina t. zw. ciałek nabłonkowych („Epithelkörperchen"). Wydzielina ta bowiem w prawidłowych warunkach zobojętnia tworzące się w ustroju trucizny, które w przeciwnym razie wywołują typowy obraz kliniczny tężyczki. Tłómaczenie to przyjęto dziś powszechnie co do tężyczki po wycięciu gruczołu tarczowego; zadaniem badań przyszłych będzie stwierdzenie, czy także i inne rodzaje tężyczki (u robotników, przy chorobach zakaźnych u kobiet ciężarnych, u dzieci w chorobach żołądka i jelit) pochodzą z tej samej przyczyny, co już dzisiaj jest o tyle prawdopodobne, że obraz kliniczny we wszystkich postaciach tężyczki jest podobny. *Wilczyński.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Pyrenol poleca L. Maramaldi, docent farmakologii w Neapolu (*Giornale delle scienze mediche* 1905. Nr. 22) przy męczącym suchym kaszlu, po którym, jak to bywa u suchotników, tylko skąpa wydzielina wyrzucona zostaje, dalej w krztuścu przy kaszlu z powodu podrażnienia opłucnej, jakoteż kaszlu krtaniowym. Używając pyrenolu od długiego już czasu, przekonał się M. o znakomitem bądź co bądź jego działaniu w powyższych przypadkach, polegającem na dziwnie niekiedy szybkiem uspokojeniu nużącego kaszlu. Wartość lecznicza pyrenolu polega na tem, że działa on 1) uspokajająco i łagodząco, że 2) rozcieńcza wydzielinę i 3) zmniejsza wydzielinę. Niekiedy ustępuje kaszel już po pierwszych dawkach, w innych przypadkach zmniejsza się tylko na razie jego nasilenie i liczba napadów. Doświadczenie wskazuje na dobre wyniki przy kaszlu, połączonym ze stanem gorączkowym, wskutek działania czynnika przeciwgorączkowego. Szczególnie dobre działanie pyrenolu stwierdzono w zapaleniu płuc po grypie, w zapaleniu nieżytowem u dzieci i dorosłych, w zapaleniu przy odrze i durze i w zapaleniu oskrzeli. Przy długiem nawet używaniu pyrenolu nie stwierdzono złego wpływu na serce, nerki lub przewód pokarmowy.

Sposób zapisywania: Rp. *Pyrenol 4/100, Syr. rub. id. 30. S. 2—6* razy dziennie łyżka stołowa; dzieciom łyżeczka kawowa, malutkim dzieciom pół łyżeczki. Dla dorosłych także kołaczyki po 0·5 pyrenolu, po 20 sztuk w oryginalnych rurkach. *Hr.*

Jod-Fersan poleca przy kile prof. Benninghoven (*Monatschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.* Z. 4 1905). Pastylka zawiera 0·5 g. jodfersanu, względnie tyle jodu, ile odpowiada 0·05 jodku potasu. W kile trzecio- i drugorzędnej stosował B. jodfersan w licznych przypadkach przez przeciąg 6 miesięcy. Przetwór ten znoszą chorzy dobrze, przyjmują chętnie; stan ogólny poprawia się wśród zwiększania się ilości krwinek czerwonych. Objawy kiłowe w większej liczbie przypadków niezwykle szybko ustępowały, a nigdy nie stwierdzono objawów zatrucia jodem. Stosownie do wskazania podawał B 3—5 razy dziennie po 3 pastylki przed jedzeniem. *Ms.*

Thiocol nazywa Serafidi z Constanzy (Rumunia) (*Revue de thér. med.* 15. Paźdz. 1905) najlepszym środkiem leczniczym przy gruźlicy płuc, dającym lepsze jeszcze wyniki, niż kreozot i gwajakol, z których tiokol powstał. Można go bez obawy podawać we wszystkich okresach gruźlicy. Jako bezpośrednie następstwo stwierdził S. zmniejszenie się wydzieliny, poprawę apetytu i stanu ogólnego, ustanie wymiotów. Podawał zwykle rozczyn wodny z syrupem pomarańczowym w dawce średniej 2 gr. dziennie. Leczenie trwać musi długo, jeżeli się chce liczyć na dobry wynik. S. opiera swe wnioski na 20 przypadkach, leczonych przez 2 lata. *Hf.*

* * *

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

III. posiedzenie naukowe, dnia 2 marca 1906.

Przewodniczący kol. Stachiewicz. Obecnych członków 60.

I. Przewodniczący wzywa do uczczenia przez powstanie pamięci zmarłego kol. Józefa Wernickiego i do wyrażenia współczucia kolegom: prof. G. Ziembickiemu i dr W. Ziembickiemu z powodu straty, jaką ich rodzina poniosła przez śmierć p. Gwalberta Ziembickiego.

II. Przewodniczący odczytuje nazwiska 8. nowych członków Tow., jakimi są koll.: doc. Biernacki, Buraczyński Tytus, Danielski Zygmunt, Fromowicz Władysław, Gittelmacher-Wilenko, Jedlicka Michał, Notz Juliusz, Sołomowicz Julian.

III. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

IV. Kol. prof. Gluziński przedstawia przypadek **bradykardyi,** z 30—40 uderzeniami na minutę, godny uwagi dlatego, że liczba tętna tętniczego ma się do ilości tętna żylnego, jak 1:3, czyli, że przedsionek kurczy się trzykroć częściej, niż komora. Prelegent tłómaczy ten rzadki objaw teoryą mięśniową serca, według której bodźce pomiędzy przedsionkiem a komorą przebiegają przez tak zw. wiązkę mięśniową Hisa, a działają nieprawidłowo w razie jej zmian chorobowych, i powołuje się na doświadczenia, stwierdzające, że tak przecięcie owej wiązki mięśniowej, jak wpływ na nią pewnych trucizn, n. p. naparstnicy (Hering) powoduje »dysocyacyę« między komorą a przedsionkiem. (Prelegent okazuje krzywe tętna jednego i drugiego).

Dyskusya. Kol. Stachiewicz pamięta przypadek bradykardyi, gdzie przy ciepłocie 38,5° utrzymywało się tętno 26—30 uderzeń na minutę. U chorej zwracała uwagę znaczna wązkość naczyń tętniczych.

Kol. Obtułowicz przekonał się o korzystnym wpływie strychniny w pewnym przypadku bradykardyi u chorej z miażdżycą i zmianami w mięśniu sercowym, gdzie tętno, zwyczajnie około 80, przez długi czas wynosiło 36 uderzeń na minutę. Pod wpływem wstrzykiwań strychniny powróciło do liczby prawidłowej.

Kol. prof. Beck przypomina, jak długą walkę musieli stoczyć zwolennicy teoryi mięśniowej (myogen.) z twórcami teoryi nerwowej (neurogen). Ostatecznie wielka część fizyologów doszła do przekonania, że teorya mięśniowa łatwiej tłómaczy zjawiska sercowe, niż teorya nerwowa, jakkolwiek i dziś jeszcze pewne fakty zdają się przeciw niej przemawiać. Zdawałoby się n. p., że gdyby stan czynny przenosił się z przedsionka na komory po włóknach mięsnych, to szybkość, z jakąby się on przenosił, byłaby daleko większą, niż to jest w rzeczywistości. Zwolennicy teoryi mięśniowej odpowiadają na ten zarzut, że po pierwsze włókien mięśniowych, o których mowa, istnieje tylko mało; powtóre, że są one do pewnego tylko stopnia wykształcone (zarodkowy stan rozwoju), — co jednak, przez wzgląd na ważność i doskonałość narządu, nie wydaje się prawdopodobne. Fakta, przemawiające za teoryą mięśniową, jak brak komórek nerwowych w koniuszku serca, analogie z sercami zwierząt bezkręgowych i zarodków zwierząt wyższych, zyskały obecnie dzięki badaniom Bethego i Carloa inne oświetlenie, tak że siła tych argumentów znacznie osłabła.

V. Kol. prof. Gluziński mówi następnie: **O przetokach żołądkowo-jelitowych po zabiegach operacyjnych** z powodu wrzodu żołądka (gastroenterostomia). Na podstawie doświadczenia, na jakie złożyły się badania, przez szereg lat prowadzone w klinice lekarskiej lwowskiej, jest prelegent zapatrywania, że tam, gdzie badanie treści żołądkowej przemawia za wrzodem, wskazaną jest gastroenterostomia, tam zaś, gdzie należy przypuszczać przejście wrzodu w nowotwór, wskazane jest raczej wycięcie odźwiernika. Śledzenie dalszego losu chorych operowanych popiera to stanowisko dostatecznie. Szereg takich spostrzeżeń ogłosił z kliniki lekarskiej kol. Rencki. — Obecnie pragnie prelegent zwrócić uwagę na pewien szczegół, spostrzeżony właśnie w czasie dalszej obserwacyi chorych operowanych, szczegół, — który, być może, będzie miał w przyszłości pewien wpływ na technikę operacyjną. U chorych, o których mowa, poprawa czynności mechanicznej była zrazu wybitną, jednakże objawy nieżytu kwaśnego pozostały, co stwierdzono zresztą i w innych przypadkach w klinice tutejszej, wbrew rozpowszechnionemu dotychczas twierdzeniu, jakoby po operacyi (gastroenterostomii) ustawać nawet miało wydzielanie kwasu solnego. (W klinice lwowskiej przekonano się, że w przypadkach, w których w istocie następował taki brak kwasu solnego (*achloria*), istniał

już nie wrzód, ale rak. Przy wrzodzie dopiero po długim przeciągu czasu po operacyi może nieżyt kwaśny przejść w śluzowy). Objawy utrzymującego się więc nieżytu kwaśnego i połączone z tem dolegliwości skłoniły jednego z chorych do poddania się powtórnej operacyi (u ś. p. prof. Trzebickyego w Krakowie). Wykonano wtedy ponowną gastroenterostomię wraz z jejunostomią. (Widocznie tak czynność żołądka jak i wydalanie kału musiało podlegać zaburzeniom). Po tym zabiegu operacyjnym chory nie czuł jednak żadnej poprawy, a powróciwszy do kliniki lwowskiej przedstawiał obraz ogólnego upadku sił, rozwijającej się gruźlicy płuc, wymiotował treścią kałem cuchnącą, miał uporczywą biegunkę. W treści żołądkowej wykazano wielką ilość drobnoustrojów i siarkowodór. (Kał chorego dawał tylko fermentacyę gnilną. Węglowodanowej nie było, na dowód, że widocznie węglowodany ulegały przemianie trawiennej). Wśród rosnącego braku sił i obrzęków chory zmarł. Sekcya stwierdziła obok 2 otworów w żołądku po obu zabiegach operacyjnych i połączenia między 2 pętlami jelita czczego, jeszcze otwór, łączący żołądek z poprzecznicą. Wrzód był wygojony. Dokonaną tu była *gastroenterostomia antecolica*. W drugim, podobnym przypadku, gdzie utrzymywały się również wymioty kałowe, obrzęki i rozwinęła się gruźlica płuc, sekcya stwierdziła znowu obok połączenia operacyjnego żołądka z jelitem czczem, połączenie żołądka z poprzecznicą. W tym przypadku dokonaną była *gastroenterostomia retrocolica*. W klinice lekarskiej pojawił się wreszcie trzeci przypadek, objawami podobny do poprzednich. Chory dotąd żyje. — Prelegent sądzi, że musi istnieć jakaś dotąd dokładniej nie znana przyczyna występowania powyższego obrazu klinicznego i anatomicznego i przypuszcza, że pewne światło na nią mogłoby rzucić dalsze badanie unaczynienia krezki. Nie jest bowiem wyłączonem, że zranienia tętniczek odgrywają tu rolę. Prelegent przypomina doświadczenia Kadera, dowodzące zapomocą podwiązywań, że tętniczki wspomniane mają właściwość tętnic końcowych. Nie byłoby tedy rzeczą obojętną, w jaki sposób przebijamy krezkę. Wobec obrazu powyżej opisanego, a wywołanego przez połączenie pomiędzy żołądkiem a jelitem grubem, chirurg nie jest bezsilnym. Ogłoszono przypadki, w których z powodu przetoki żołądkowo-okrężniczej (na tle wrzodu) dokonano zabiegu operacyjnego. Jedni łączą wówczas część okrężnicy wstępującą z zstępującą, drudzy wykonują resekcyę poprzecznicy, której kikuty pozostawia się przy żołądku. Zapomocą rentgenowania i podawania bizmutu przekonano się, że takie ślepe worki doskonale się opróżniają. W obu razach przetoka staje się dla ustroju obojętną. Prelegent podnosi więc z naciskiem ważność rozpoznania w podobnych razach, na które zatem składają się: wymioty kałowe, ślizienica (lienterya), możliwa obecność kwasu solnego w kale, objawy nieżytu jelitowego z powodu dostawania się kału do jelit cienkich, podupadanie odżywienia, w końcu obrzęki, gromadzenie się płynu w jamie brzusznej, w klatce piersiowej itd.

D y s k u s y a. Kol. prof. Z i e m b i c k i podnosi, że o ile powstawanie przetoki żołądkowo-okrężniczej dałoby się wytłómaczyć jako następstwo zabiegu operacyjnego przy dokonywaniu operacyi sposobem Wölflera (*gastroenterostomia anterior*), o tyle niezrozumiałem i wymagającem w istocie dalszych badań jest tworzenie się takiej przetoki po wykonaniu zabiegu sposobem drugim (*gastr. posterior*). Być może, że badania histologiczne sprawę tę rozjaśnią. Sądzi, że jednak mogłyby takie przetoki powstawać, gdyby się krezkę przebijało zbyt blizko jej przyczepu do kiszki (a więc blizko naczyń), lub też, gdyby krezka była chorobowo zwyrodniałą, lub zbyt krótką. Kol. Z. zważa też zawsze na to, by krezkę rozdzielać jedynie na tępo, a powstałego otworu nie obszywa.

Kol. doc. R e n c k i stwierdza, że gastroenterostomia leczy tylko pewną część przypadków wrzodu okrągłego żołądka, co podnosił już w swej pracy, dokonanej w klinice lekarskiej lwowskiej w r. 1901. U niektórych chorych bowiem pomimo zabiegu operacyjnego utrzymują się nadal dawne objawy chorobowe, a nawet nowe wrzody mogą się wytwarzać. Spostrzeżenia podobne opisują Albu, Tiegel, Körte i inni. Siedzibą tych nowych owrzodzeń, w których przebiegu przydarzały się przebicia ścian żołądka, bywa często okolica sztucznego otworu. Rzadsze są przypadki przebicia wrzodu do jelita grubego (*fistula gastrocolica*); opisuje je Tiegel i Kaufmann. W przypadku Kaufmanna w 4 lata po gastroenterostomii wystąpiły objawy przetoki żołądkowo-jelitowej. Podczas ponownej operacyi stwierdzono nadto drugą przetokę, powstałą w następstwie wrzodu (*ulcus pepticum*), łączącą jelito grube z cienkiem (*fistula colojejunalis*) i zupełne zarośnięcie otworu w żołądku, pochodzącego z pierwszej operacyi, z oddzieleniem przyszytej pętli jelita cienkiego. Wobec takich spostrzeżeń nie można uważać gastroenterostomii za idealny zabieg w leczeniu wrzodu okrągłego. A i drugi zabieg, wycięcie odźwiernika, — zalecony i wykonany po raz pierwszy przez Rydygiera, a później Riedera, Jedličkę i in., nie przedstawia się o wiele korzystniej. Wypowiedzenie stanowcze ostatecznego zdania o wartości tej metody operacyjnej byłoby dziś przedwczesne, gdyż za mało mamy dotąd dłuższych i ścisłych spostrzeżeń. Z przypadku, który kol. R. przez szereg lat obserwował, podnieść należy, że objawy nadmiernego wydzielania kwasu solnego oraz niedomogi ruchowej stale się utrzymywały, a chory zmarł wśród objawów przebicia wrzodu nowo powstałego w żołądku, lub w jelicie. Nawroty wrzodu po wycięciu odźwiernika opisują Brenner, Körte i in. Opierając się na dotychczasowych, własnych i obcych spostrzeżeniach, kol. R. godziłby się na wycięcie odźwiernika tylko w tych przypadkach, w których istnieje jeden wrzód o twardych, zbitych brzegach (*ulcus callosum*), gdy warunki operacyjne są korzystne, gdy ściana żołądka nie przedstawia znaczniejszych zmian anatomicznych, t. j. gdy rozmiary rozszerzenia żołądka nie będą zbyt wielkie, wreszcie, gdy istnieje choćby najmniejsze przypuszczenie, że rozpoczyna się nowotwór złośliwy. W przeważnej części przypadków przemawia kol. R. za gastroenterostomią, jako zabiegiem mniej niebezpiecznym dla chorego. Zasadniczo uważa R. obie operacye za zabieg pomocniczy, gdy niemniej ważnem jest, zdaniem jego, leczenie pooperacyjne, przez szereg miesięcy, a nawet dłużej. Nieodpowiednie żywienie się tych chorych i zaprzestanie następowego leczenia jest jednym z głównych powodów dalszego trwania choroby i jej nawrotów, wraz z ciężkiemi zaburzeniami jelitowemi nawet po wycięciu pierwotnego owrzodzenia.

VI. Kol. M. S e l z e r przedstawia chorą 24-letnią, u której w chwili zgłoszenia się do szpitala powszechnego we Lwowie stwierdzono **ciężkie schorzenie krwi.** Badanie krwi stwierdziło mianowicie: ilość ciałek czerwonych: 1,400.000; ciałek białych (o stosunku wzajemnym prawidłowym) 15.000. Hemoglobiny 35 prc. W preparacie świeżym znaleziono liczne poikilocyty, jako też mikrocyty i makrocyty; w barwionym: liczne megaloblasty, nieliczne normoblasty. Błony śluzowe odznaczały się wielką bladością. Śledziona była znacznie powiększona, twarda. W sercu nie było szmerów anemicznych. Dno oka bez zmian. W moczu nie było składników nieprawidłowych. Stolec prawidłowy. W wywiadach brak szczegółu, któryby mógł przyczynić się do wyjaśnienia tego stanu krwi. W ostatnich czasach cierpiała chora na silne bole głowy, miewała obok tego nudności i wymioty, czuła brak sił, co przeszkadzało jej w ciężkiej pracy codziennej. Po 6-tygodniowym pobycie w szpitalu stan chorej bez żadnego leczenia znakomicie się poprawił. Badanie krwi w ostatnich dniach stwierdziło: ciałek czerw.: 3,200.000; ciałek białych 4.000, hemoglobiny 85 prc. Chorej powróciły dawne siły. Prelegent wyłącza w tym przypadku: 1) zimnicę (brak plazmodyów, śledziona samoistnie się zmniejszała); 2) blednicę (obraz krwi). Zdaniem jego była to **niedokrwistość złośliwa**, której nie wyłącza szybka poprawa, co należy podnieść, jako rzecz rzadką, ale znaną. Sądzi, że prawdopodobnie ciężka praca była przyczyną cierpienia.

D y s k u s y a: Kol. F r a n k e jest zdania, że leukocytoza, widoczna w tym przypadku, przemawia wprost przeciw rozpoznaniu niedokrwistości złośliwej. Podobny stosunek ciałek czerwonych do białych spotykamy przedewszystkiem w niedokrwistości urazowej (pokrwotocznej), n. p. przy ukrytym wrzodzie żołądka. Szybka poprawa przemawiałaby również za taką, a nie inną postacią niedokrwistości.

Kol. doc. B i e r n a c k i sądzi, że przypadek ten jest ciężką blednicą. Ścisła granica między pojęciem »niedokrwistości«, a pojęciem »blednica«, zdaniem kol. B., nie istnieje. Ani mała ilość ciałek czerwonych, ani obecność ciałek czerwonych jądrzastych, przeciw blednicy nie przemawia, a wcale nie jest właściwą dla niedokrwistości ciężkiej. Im większe rozwodnienie krwi, tem łatwiej spotkamy ciałka jądrzaste. Cechą blednicy byłaby uleczalność, a cechą niedokrwistości nieuleczalność. Kol. B. nie zna ciężkiej, złośliwej niedokrwistości wyleczonej.

Kol. E l j a s z - R a d z i k o w s k i twierdzi, że o złośliwej niedokrwistości nie może być w tym przypadku mowy i skłania się również do zapatrywania, że jestto blednica. Za tem przemawiałby także prawidłowy stosunek wzajemny ciałek białych. Dlatego też chodziłoby tu o bardzo dokładne obliczenie tego stosunku, czego prelegent nie uczynił.

W dyskusyi zabierali wreszcie głos koll.: S t a u b e r, S t a c h i e w i c z i prelegent.

Sekretarz: *W. Ziembicki.*

IV. Posiedzenie naukowe nadzwyczajne dnia 9 marca, w klinice położniczo-ginekologicznej.

Przewodniczący kol. Stachiewicz. Obecnych członków 52 i 2 gości.

I. Kol. Daun przedstawił **położnicę, która po wycięciu nerki dwukrotnie rodziła.** Wycięcia nerki dokonano mianowicie z powodu wodonercza prawostronnego w 5. miesiącu ciąży. Dalszy przebieg ciąży i poród zupełnie prawidłowe. Po upływie 4 lat chora zgłosiła się do kliniki w 7. miesiącu ciąży, poród również odbył się prawidłowo. Przypadków podobnych, w których ustrój kobiety ciężarnej zniósł obojętnie brak jednej nerki, znamy z piśmiennictwa 21.

II. Kol. Bocheński przedstawił: *a)* Dziecko z bardzo znacznem **wgnieceniem kości bocznej,** powstałem od wzgórka kości krzyżowej przy porodzie dobrowolnym. W przypadku tym miednica matki ma cechy miednicy krzywiczej płaskiej o wymiarach 25, 26, 29, 18¹/₄.

b) Płód dobrze rozwinięty i donoszony, przedstawiający wadę rozwojową **„epignatus“** w postaci guza, zrośniętego zapomocą szypuły z podniebieniem twardem. (Przypadek opisany będzie w »Tygodniku lekarskim«).

c) Chorą **z włókniakiem** (*fibroma molle*) wielkości cytryny, wychodzącym z przedniej ściany **pochwy.** Włókniak ten w chwili, gdy chora podnosiła ciężki podmiot wypadł przed srom, pociągając za sobą przednią ścianę pochwy. Lekarz domowy starał się zapomocą krążka utrzymać guz w pochwie i przeszkodzić jego wypadaniu, co jednak nie udawało się. Przy przyjęciu chorej do kliniki znaleziono **w pochwie trzy krążki** Brauna, a guz wypadnięty przed sromem. Guz wyłuszczono, łożysko jego zaszyto, przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Prelegent okazuje preparaty makroskopowe i mikroskopowe. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabiera głos kol. Skałkowski, wskazując na niezwykły fakt znalezienia w pochwie trzech krążków.

III. Kol. prof. Mars przedstawił dwie położnice po dokonanej **hebotomii.** We wstępnem przemówieniu zaznaczył historyę powstania operacyi i jej stosunek do symfizeotomii. W krótkiem streszczeniu podał dzisiejsze zapatrywania autorów, dotyczące nowej operacyi. Zapatrywania nie są jeszcze ustalone, a wśród licznych prac, które się pojawiły, istnieje pewne zamieszanie. Na podstawie dwu, jak dotąd pomyślnie przebiegających przypadków niechce prof. M. wypowiadać zapatrywań w poszczególnych kwestyach: w ogólności atoli nowy zabieg przedstawia zdaniem prelegenta wiele korzyści wobec symfizeotomii i mimo, że to zabieg poważny, mogący wywoływać cięższe powikłania, można mieć nadzieję, że skoro jeszcze będzie w szczegółach więcej opracowana i udoskonalona, operacya ta zajmie stałe miejsce w szeregu operacyi położniczych. Co do pytania, czy zabieg ten będzie mógł być wykonywany tylko w klinikach i szpitalach, czy także i w domach prywatnych, sądzi prof. M., że przy odpowiedniej pomocy będzie mógł być wykonywany i w praktyce prywatnej.

Pierwszą operacyę wykonał prof. Mars dnia 28 lutego b. r. w klinice na osobie trzeci raz rodzącej, druga wykonana została 5 marca na pierwiastce.

K. B., pierwszy raz rodziła przed 4 laty w klinice, wysokie kleszcze; drugi poród przed 2 laty w domu, położenie miednicowe, pomoc ręczna. Oba płody nieżywe. Obecnie zgłosiła się do kliniki jako rodząca w 24 godziny po pęknięciu pęcherza. Cz. II. Pierścień skurczowy na palec niżej pępka, ujście zewnętrzne prawie zupełnie rozwarte, przedgłowie. Miednica ogólnie ścieśniona. D. sp. 23, D. cr. 25, D. tr. 27, C. extr. 17, C. diag. 9, C. v. (Bylicki) 7·5. Chora pragnie mieć dziecko żywe. Próba wtłaczania główki w ułożeniu Walchera daje wynik ujemny. Wobec grożącego pęknięcia macicy przystąpiono do hebotomii po stronie prawej metodą i igłą Bumma. Obfite krwawienie z obu otworów ustaje pod uciskiem. Kleszcze Tarniera. Wśród zabiegu rozstęp przepiłowanej kości wynosił około 4 cm. Córka żywa, 2950 grm. ważąca. Tamponada macicy i pochwy gazą jodoformową, miednicę ściągnięto przylepcem. Obecnie 10. dzień połogu. Prócz obrzmienia sromu w pierwszych dniach nic osobliwego nie zaszło. Najwyższa ciepłota 37·4°.

A. S., pierwiastka, w dwa dni po rozpoczęciu czynności porodowej przywieziona do kliniki z Brodów. Pęcherz pękł w chwili przybycia do kliniki. W 6 godzin po pęknięciu pęcherza; cz. II. Pierścień skurczowy na 3 palce niżej pępka. Dolny odcinek macicy po lewej znacznie rozciągnięty, bolesny. Główka duża, przyparta do wchodu. Ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte. Miednica krzywicza płaska. D. sp. 25. D. cr. 26. D. tr. 28·5. C. ext. 17. C. diag. 9. C. v. (Bylicki) 7·5. Chora pragnie mieć dziecko żywe. Próba wtłoczenia główki w ułożeniu Walchera bezskuteczna. Kleszcze Tarniera nie sprowadzają główki. Hebotomia po stronie lewej również metodą i igłą Bumma. Krwawienie z otworów nieznaczne, ustaje pod uciskiem. Kleszcze Tarniera sprowadzają główkę z trudnością. W czasie zabiegu rozstęp przepiłowanej kości około 8 cm. Syn żywy, ważący **4500 gr.** Naddarcie ujścia zewnętrznego macicy i pochwy; ściągnięto przylepcem miednicę. Obecnie 4 dzień połogu. Drugiego dnia ciepłota 39·4°. Wstrzyknięto surowicę Marmorka, podano olej rącznikowy. Trzeciego dnia ciepłota 38·0°, obecnie 37·2°. Obrzęk sromu po stronie operowanej.

Kol. Mars sądzi, że szczególniej przypadek drugi ma poważne znaczenie ze względu na stosunek rozmiarów główki dziecka do wymiarów miednicy — wobec granic wskazania do nowego zabiegu w przypadkach niestosunku porodowego. Przypadki te będą dokładniej opisane i ogłoszone. (*Streszcz. wł.*)

Dyskusya. Kol. Czyżewicz (jun.) podaje opis 2 przypadków **pubiotomii,** wykonanych w zakładzie położniczo-ginekologicznym w dn. 2 i 3 marca b. r. Przypadek pierwszy przebiega dobrze (dla matki i dziecka), drugi z powodu bardzo wielkiej główki płodu skończył się jego obumarciem. U chorej wystąpiły nadto groźne objawy zadrażnienia otrzewnej, prawdopodobnie wskutek zbyt silnego ucisku, jaki wywierał plaster, i istniejącego równocześnie przepełnienia jelit kałem. Opierając się na obserwacyi powyższych przypadków, sądzi kol. Cz., że: 1) przed zabiegiem należy ocenić (o ile to możliwe) wielkość główki płodu; 2) po zabiegu kończyć poród kleszczami, nie obrotem; 3) nie ściągać plastra zbyt silnie. Zabieg operacyjny wykonywa kol. Cz. igłą Bumma, odpowiednio zmodyfikowaną, przyczem wkłuwa igłę ponad guzkiem łonowym, a wykłuwa ją na zewnątrz wargi większej.

IV. Kol. prof. Mars przedstawił osobę, okazującą **rozszczep miednicy w spojeniu kości łonowych.** Osoba ta rodziła 5 razy siłami natury. W czasie szóstej ciąży chodzenie stało się bardzo utrudnionem, a poród był zakończony obrotem i wydobyciem ręcznem płodu. Połóg prawidłowy. W ciąży siódmej stan ogólny się pogorszył, chora więcej leżała, niż chodziła. Na początku porodu wystąpił krwiak sromu, a poród zakończono sztucznie obrotem i wydobyciem ręcznem płodu. W połogu krwiak przeszedł w ropienie, co spowodowało 5-miesięczne leżenie w łóżku. Skoro chora chodzić poczęła, nagle powstała w miejscu spojenia kości łonowych przepuklina jelitowa. Na początku ósmej ciąży przywieziono do kliniki chorą, która niemogła chodzić. Stwierdzono zmięknienie kości *(osteomalacia)* u osoby z niezwykłą postacią kości miednicy i ich stosunkiem do siebie, okazującą rozstęp spojenia kości łonowych na przeszło 6 ctm., z którego występowała przepuklina jelitowa. Końce kości łonowych w górze i w dole połączone grubemi więzadłami. Zastosowano leczenie przeciw zmięknieniu kości z dodatnim wynikiem. Chora chodzi bez trudności. Podczas porodu wypadnięcie pępowiny, obrót, wydobycie ręczne płodu, połóg prawidłowy. Kol. M. postanowił rozstrzygnąć pytanie: jakie jest pochodzenie tego rozszczepu miednicy? Mimo dłuższej obserwacyi stanowcze orzeczenie okazało się trudnem i aczkolwiek z wywiadów wiele przemawiaćby mogło, że to sprawa nabyta, to przecież obecność obu więzadeł, łączących kości łonowe, postać kości, ustawienie wzgórka kości krzyżowej, przemawiają więcej za tem, że to sprawa wrodzona. Wychodząc z tego przypuszczenia kol. M. tłómaczy historyę tego przypadku. Kol. Jedliczka okazał rentgenogram, wykazujący postać kości łonowych i siedzeniowych tego przypadku. Uwagi kol. Marsa zawierały wiele szczegółów, nie nadających się do krótkiego streszczenia. Przypadek będzie ogłoszony drukiem. *(Sprawozdanie własne).*

Dyskusya. Kol. doc. Bylicki podnosi wielką ważność przypadku, przedstawionego przez prof. Marsa, zwracając uwagę na trudności, jakie się nasuwają w ocenieniu i klasyfikacyi tego zboczenia. Nic bowiem prostszego, jak przypuszczać, że postać ta jest nabytą, gdyby nie ten objaw, stanowczo temu przeczący, jaki znajdujemy w utrzymanych obu więzadłach. Gdybyśmy zaś szukali znamion, cechujących miednicę szczelinową, to z tych w danym przypadku znaleźlibyśmy bardzo mało, co jednak bardzo łatwo da się wytłómaczyć tą okolicznością, że tak mały stopień miednicy szczelinowej w połączeniu z utrzymaniem obu więzadeł wcale nie dawał powodów do wytworzenia się zmian, cechujących wielki stopień miednic szczelinowych. Że nie innemi myślami kierował się prof. Mars w zamiarze umiejętnego zużytkowania tej nadzwyczaj rzadkiej postaci miednicy, dowodzą jego usiłowania pozostawienia chorej jak najdłużej w klinice. Że do tej zmiany nie można odnosić utrudnienia porodów, które dopiero od szóstego się rozpoczęło, nie ulega wątpliwości, a je-

dynie zmięknieniu kości (*osteomalacia*) przypisać musimy ścieśnienie przestworów, które również nie przybrało cechy, właściwej zmięknieniu kości jedynie z powodu, że łuk wchodu miednicy nie był z przodu zamknięty. (*Streszczenie własne*).

W dalszym ciągu posiedzenia mieli koll. Bocheński, Gröbel i Machnicki przedstawić przypadki kliniczne, a kol. Czyżewicz (jun.) wygłosić odczyt: »O przeobrażeniach narządu płciowego kobiety w czasie ciąży i porodu« — z powodu spóźnionej pory wszakże tę część porządku dziennego odłożono do następnego posiedzenia. Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

XV. Międzynarodowy kongres lekarski w Lizbonie. Koledzy, którzy zgłosili na ręce naszego komitetu zamiar uczestniczenia i przesłali należną kwotę, otrzymają niebawem, albo już otrzymali wprost z Lizbony karty uczestnictwa i rozmaite druki.

W sprawie udogodnień podróży Komitet wykonawczy w Lizbonie ogłosił w Nr. 7. biuletynu oficyalnego, który na żądanie prześlemy interesowanym, odpowiednie informacye. Tamże podano w języku francuskim dokładne wskazówki co do podróży, warunków zniżek kolejowych i na statkach.

Tenże Komitet oddał nam do rozporządzenia kilka kart bezpłatnych dla przedstawicieli prasy lekarskiej i politycznej. Karty te uprawniać jednak będą tylko do wstępu na salę zebrań i do udziału w uroczystościach, urządzanych na cześć kongresistów. Chcący korzystać z takich kart zechcą się zgłosić do podpisanego.

Zwracamy na to uwagę, że mimo naszej prośby dotychczas Komitet narodowy nie otrzymał żadnego zawiadomienia od instytucyi i korporacyi naukowych polskich, kto będzie ich przedstawicielem na kongresie. Przedewszystkiem winny o tem pamiętać wydziały lekarskie uniwersytetów. Zaznaczamy, że Niemcy będą miały przedstawicieli 24 instytucyi i towarzystw naukowych, Austro-Węgry 12, Rosya 7. Z naszych towarzystw wymienia biuletyn jedynie Tow. higieniczne warszawskie bez delegata i Tow. lek. warszawskie z delegatem Dr Duninem.

W końcu dodajemy, iż w Lizbonie w dziale, przeznaczonym dla sekcyi okulistycznej, sala 21 na parterze gmachu Szkoły lekarskiej będzie punktem zbornym dla polskich członków, a stosowne ogłoszenie oznaczy swego czasu godzinę, w której interesowani będą mogli spotykać znajomych i otrzymywać informacye. Komitet gospodarczy przyrzekł nam na żądanie udzielić sali w razie jakiego większego zgromadzenia polskich członków kongresu.

Zapewnić trzeba sobie wczas pomieszkanie, zgłaszając się pod adresem: Mr. Manoel José da Silva, Palacio Foz, Praca dos Restauradores, Lisbonne. Zgłaszający się otrzymają tymczasowy bilet kwaterunkowy (bon de logement provisoire), a przybywszy do Lizbony powinni w biurze kwaterunkowem na dworcu (la gare du Rocio, pierwsze piętro) zamienić go na bilet ostateczny, który otrzymają po zapłaceniu kwoty, należącej się za cały pobyt w czasie kongresu.

Przesyłając to ostatnie słowo od Komitetu polskiego, łączymy życzenie, aby polski udział, jeżeli nie liczebnie, to jakościowo zaznaczył się w pracy naukowej międzynarodowej.

Do widzenia w Lizbonie.

Kraków, dnia 26/3, 1906.

Prof. Dr B. Wicherkiewicz,
prezes polskiego Komitetu narodowego dla XV kongresu międzynar. lek. w Lizbonie.

W ostatniej chwili dowiaduję się, że Komitet narodowy niemiecki poruszył sprawę utworzenia stałego biura międzynarodowego dla międzynarodowych lekarskich kongresów. — Komitet gospodarczy z formą proponowaną nie sympatyzuje. Komitet polski będzie się tą sprawą zajmował na ostatniem posiedzeniu, które się odbędzie 1 kwietnia b. r.

Lekarze gminni Austryi dolnej zamierzają obecnie uczynić krok ostateczny i posady swoje gromadnie wypowiedzieć, podpisują też wszyscy oświadczenie, w którem się obowiązują wypowiedzieć posady swe, skoro ich do tego wezwie kierownictwo obu dolnoaustryackich organizacyi, nadto obowiązują się, że po ułożeniu się stosunków i zaniechaniu biernego oporu nie przyjmą innej posady, tylko tę, którą mieli przed rozpoczęciem walki. Namiestnictwo dolno-austr. zamierza tymi dniami zwołać ankietę, aby ustalić projekt nowej instrukcyi dla lekarzy gminnych d.-a., i naradzić się w sprawach, tyczących się akcyi lekarzy. W tym celu zwrócił się namiestnik do przewodniczącego organizacyi lekarzy praktykujących w Austryi dolnej, dr. Fryderyka Janeczka z pismem, w którem prosi organizacyę o wysłanie delegata do ankiety. Podobne pisma otrzymali prezydent Izby lek. dol.-austr., dr. Józef List w Retz i przewodniczący organizacyi lekarzy gminnych, dr. Leopold Nekowicz w Stammersdorf; Izba lekarska Austryi dolnej z wyłączeniem Wiednia uchwaliła na posiedzeniu w d. 17 b. m. po szczegółowej naradzie wstąpić na drogę układów; na delegatów do ankiety wybrano dr. Lista z Retzu i dr. Rissa z Stockerau. Także i inne lekarskie korporacye postanowiły wziąć udział w naradach przez swoich delegatów, poleciły im jednak natychmiast ustąpić, gdyby zauważyli, że drogą ankiety ma władza zamiar sprawę raczej przewlec, niż załatwić. W ciągu pierwszych trzech dni podpisało 1800 lekarzy wiedeńskich deklaracyę, mocą której pod słowem honoru obowiązują się nie przyjąć posady lekarza gminnego w Austryi dolnej. Lekarze wiedeńscy zebrali na strajk dotąd już 10,000 K., nadto starają się o utworzenie funduszu gwarancyjnego, z któregoby można wypłacać w danym razie odszkodowanie walczącym lekarzom. Klub niemieckich lekarzy-praktyków m. Pragi 16 b. m. jednomyślnie uchwalił, że utrudnianie kolegom dolno-austr. walki w jakikolwiek sposób jest rzeczą niehonorową i przeciwną godności stanu lekarskiego. Szereg gmin dolno-austryackich wniósł pismo do wydziału krajowego, w którem po skreśleniu smutnego położenia materyalnego lekarzy gminnych i po uznaniu słuszności ich żądań — wywodzi: »Jedno należy uznać, że lekarze ci nawet w walce trzymają wysoko sztandar ludzkości, że broń swoją zwracają nie przeciw chorym, a nawet i nie przeciw gminom, ale tylko takie czynności objęli zakresem swego oporu, których wstrzymanie wprawdzie władzy państwowej i krajowej sprawia niezmierne trudności, nigdy jednak cierpiącej ludzkości nie dotyka. Jesteśmy zniewoleni lekarzom dolno-austryackim, walczącym o słuszną sprawę, wyrazić naszą szczerą sympatyę i zwrócić się do wysokiego wydziału krajowego Austryi niższej z następującą prośbą: Wydział krajowy raczy przychylić się do powyższych wywodów i nieznośne położenie lekarzy gminnych dostatecznie poprawić przez jaknajrychlejsze wniesienie nowej krajowej ustawy sanitarnej w duchu znanych, od tak dawna przez lekarzy podnoszonych i wyrażanych życzeń, oraz położyć koniec biernemu oporowi przez natychmiastowe zawiadomienie kierownictwa organizacyi lekarskiej o zamierzonej zmianie ustawy sanitarnej, zanim cały kraj stanie przed zupełnym brakiem lekarzy gminnych«. *E. S.*

Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy warszawskich liczyła w r. 1905 członków 146 (przy założeniu w roku 1905 — 115); suma złożonych oszczędności wynosiła 33,446 rb. (z końcem r. 1900 — 6,484 rb.); średnia oszczędność jednego członka wzrosła w ciągu sześciolecia z 56 rb. na 229 rb., suma pożyczek z 2,144 rb. na 6,661 rb., czysty zysk kasy doszedł w r. 1905 — 1,044 rubli, dywidenda do 2½% (z 1½%), bilans ogólny zamknięto w r. b. sumą 40,000 rb. (w r. 1900 — 9,000 rb.).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dnia 28 marca b. r. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem: 1) Dr. Spira przedstawił przypadek zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego, dwukrotnie operowany; po drugiej operacyi powstały zawroty głowy, przelotne dwuwidzenie, wymioty, zniedczulenie połowicze, jak się okazało, histeryczne; 2) Dr. T. Żeleński w odczycie p. t. »Z nowszych zagadnień hematologii klinicznej« przedstawił wyniki swych badań krwi u przeszło 200 zdrowych i chorych, podjętych dla sprawdzenia poglądów Arnetha. W dyskusyi przemawiał prof. Klecki. Wykład dr. Surzyckiego z powodu późnej pory odłożony.

— Komisya biblioteczna Towarzystwa lekarskiego krak. uchwaliła regulamin, który w całości pomieszczamy w dziale inseratowym dzisiejszego numeru.

— Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu 25 marca zajmował się następującemi sprawami: Uchwalono zbierać informacye, potrzebne dla utworzenia biura wywiadowczego dla lekarzy. — Postanowiono poprzeć w Namiestnictwie sprawę jednego z lekarzy, mającego zatarg z radą gminną. — Rozpatrywano zatarg jednego z lekarzy z pacyentem o honoraryum lekarskie w kwocie 34 tysięcy koron; uchwałę odroczono do następnego posiedzenia. — Przyjęto z uznaniem do wiadomości sprawozdanie delegata do Krajowej Rady zdrowia, donoszące

o zapadłej tam jednomyślnie uchwale w sprawie obsadzenia posady po dr. Kusym. — Uchwalono udzielić opinii co do charakteru jednego z lekarzy, którego Towarzystwo ubezpieczeń chce zamianować lekarzem zaufania. — Rozpatrywano sprawę jednego z lekarzy, którego sąd stale pomija przy wezwaniach rzeczoznawców. — Przyjęto do wiadomości pismo Sekcyi jarosławskiej Tow. lek. galicyjskich w sprawie pomyślnie zakończonej akcyi wobec kasy zapomogowej i uchwalono wyrazić Sekcyi uznanie za podjęte w tej sprawie zabiegi. — Załatwiono szereg drobnych spraw administracyjnych. — Uchwalono w dwóch sprawach honorowych rozpisać rozprawy na dzień 3 kwietnia b. r. *L.*

— Na Śląsku cieszyńskim w pierwszej połowie marca stwierdzono urzędownie 33 przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych; przedewszystkiem grasuje ono w powiecie frysztackim (16), cieszyńskim (10) i bialskim.

Lwów. Komisya, wysłana przez Wydział krajowy dla zwiedzenia zagranicznych zakładów dla obłąkanych, powróciła do Lwowa 7 marca b. r. Jak podaje »Tygodnik lekarski« (Nr. 12) uznała komisya za najlepsze: zakład w Mauerőhling, w Eglfing, budujący się zakład w Hietzing pod Wiedniem i klinikę Kraepelina w Monachium, z którymi szwajcarski zakład w Münsterlingen nie wytrzymuje zdaniem komisyi porównania. Komisya wspólnie z inżynierami Wydziału krajowego ma obecnie wypracować szkice, które będą przedłożone tej samej ankiecie, jaka obradowała w styczniu r. b.

— Krajowa Rada zdrowia na posiedzeniu w d. 6 marca b. r. obradowała szczegółowo nad sprawą zwalczania wścieklizny w kraju, na którą wprawdzie ginie w Galicyi niewielu ludzi i to stopniowo coraz mniej (w roku 1873—1882 średnio 47 rocznie, a w ostatniem trzechleciu już tylko 7), ale choruje zwierząt więcej, niż gdziekolwiek w Austryi. Omawiano możliwość powszechnego przymusu kagańcowego i podatku od psów. Uchwalono wypowiedzieć przekonanie, że protest Izb lekarskich przeciw zamianowaniu prawnika następcą dr. Kusyego — jest rzeczowo uzasadniony.

— Porządek dzienny VI posiedzenia Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, 30 marca b. r., obejmował: 1) Dr. M. Selzer: Status hemiepilepticus idiopathicus. 2) Dr. W. Ziembicki: O postępach w klinicznem badaniu moczu. 3) Doc. dr. Biernacki: Jak się żywi nasza inteligencya? 4) Doc. dr. Moraczewski: Sprawozdanie z prac Emila Fischera nad syntezą białka.

— W tygodniu od 18 do 24 marca 1906 doniesiono w Galicyi o nowych przypadkach: ospy w 2 gminach 5 chorych, a mianowicie pow. Chrzanów (Balin 4, Górka 1); duru plamistego w 24 gminach 60 chorych, a mianowicie m. Lwów 1 (zachorował czeladnik stolarski przybyły z Rozdołu pow. Żydaczów), Brzeżany (m. Brzeżany 1, Glinna 2), Cieszanów (Szczutków 1), Horodenka (Żuków 5), Jarosław (Leżachów 1, Dąbrowica 1), Jaworów (Bonów 1, Żmijowiska 2, Berdychów 3, Ożomla 1, Siedliska 7), Myślenice (Pcim 4), Rawa (Rzeczyca 1, Kamionka woł. 2), Sambor (Dorożów 1), Stary Sambor (Grodowice 1), Stryj (Wołosianka 3, Pławie 6, Kalne 2, Klimiec 2), Tarnopol (Chodaczków 7), Żółkiew (Przystań 1), Złoczów (Jasionowce 4); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych w 32 gminach 53 chorych.

Warszawa. W Mińsku mazowieckim ma stanąć szpital na 40 łóżek, kosztem 64,000 rubli, na pięciomorgowym obszarze. Fundusze na budowę szpitala powstały z przeznaczonych przez gubernialną główną Radę opiekuńczą jeszcze w r. 1859 i 1866 kwot 2,400 i 6,575 rb., które procentując się urosły od tego czasu do ogólnej sumy 75,955 rb. Budowa według planu budowniczego gubernialnego, W. Piotrowskiego, ma się rozpocząć w r. b. (»Czasopismo lek.« Nr. 2).

— Aresztowania i kary, nakładane na lekarzy w Królestwie, nie ustają. »Czasopismo lek.« (Nr. 2) wymienia jako aresztowanych: dr. Troczewskiego z Kutna, Grzywińskiego z Biłgoraja, Płużańskiego z Radomia. Dr. Rode z Tomaszowa Rawskiego skazany na 400 rb. kary. Świeżo uwięziono dr. Ignacego Dauma, lekarza fabrycznego ze Starachowic w radomskiem.

— Lekarz wojskowy, dr. Dunkel w Wilnie, który odmówił obecności przy straceniu Korotki, otrzymał w ciągu doby dymisyę.

Petersburg. Porządek dzienny posiedzenia Wydziału lekarskiego rz.-kat. Towarzystwa dobroczynności w Petersburgu w dniu 14/27 marca b. r. obejmował oprócz spraw administracyjnych wykład dr. Wilamowskiego »O lazaretach Czerwonego Krzyża w Irkucku« i dr. Sowińskiego »O kilku przypadkach rozległych zmian kilakowych (*stadium gummosum*) na prąciu«.

— Lekarzom w Batum nakazano donosić o wszystkich chorych, zgłaszających się z ranami kłutemi lub postrzałowemi, a to pod karą 3,000 rubli lub 3 miesięcy więzienia. »Konstytucya« rosyjska zawiera o tajemnicy lekarskiej szczególne paragrafy!

— W wojnie rosyjsko-japońskiej straciło życie 70 lekarzy japońskich; z nich poległo 29, a 41 zmarło z różnych chorób.

Z różnych stron. Ku pamięci wynalazcy cystoskopii, Nitzego, odbędzie się w Berlinie 1—30 kwietnia wystawa, przedstawiająca rozwój i znaczenie cystoskopii, rozpoczęta uroczystością pamiątkową.

— Pierwsza habilitacya kobiety na wydziale lekarskim w Kopenhadze odbyła się 9 marca b. r. Panna dr. Elli Möller habilitowała się tam z zakresu położnictwa.

— Następny międzynarodowy zjazd lekarski ma się odbyć w r. 1909 w Budapeszcie. Jak dzienniki donoszą, udzieli rząd węgierski na cele zjazdu 100,000 koron, a drugie tyle ma udzielić rada miejska peszteńska.

Powołani: Prof. Kolle z Berlina do Berna na nowoutworzoną katedrę higieny. Prof. Aschoff z Marburga na katedrę anatomii patologicznej do Fryburga (po Zieglerze).

Mianowani: Pedyatra doc. Finkelstein w Berlinie — profesorem; L. Cobbelt profesorem anatomii patol. w Sheffield.

Dr. Edmund Ciszka, dotychczasowy dyrektor szpitala w Śniatynie, dyrektorem szpitala w Sokalu, a dr. Franciszek Ślęk, asystent lwowskiej kliniki chirurgicznej, dyrektorem szpitala w Śniatynie.

Zmarli: Prof. medycyny sądowej Stolper w Getyndze w 40 r. ż. (nagle podczas wykładu); prof. anat. patol. Liubimow w Kazaniu.

Dr. Antoni Estreicher, jeden z najstarszych lekarzy warszawskich, znany z filantropii, zm. 22 b. m. Urodził się w r. 1826 d. 10 maja, liczył więc lat blisko 80. Ukończył nauki w Uniwersytecie Jagiellońskim w 1849 roku. Doktoryzowany w r. 1853, krótki tylko czas pracował za granicą, gdyż już w końcu 1853 roku rozpoczął praktykę w Warszawie. Jako lekarz szerokiej wiedzy, jako człowiek wielkiej dobroci serca i wielkich zalet charakteru, zyskał sobie szacunek wśród uboższej ludności, którą bezinteresownie leczył i wśród kolegów, z którymi stosunek wysoce etyczny i pełen taktu zachować zawsze umiał. Pracował prawie do ostatnich chwil życia. W pogrzebie 25 b. m. uczestniczyli liczni lekarzy i tłumy wdzięcznych pacyentów. Śp. dr. Antoni Estreicher był bratem uczonego i zasłużonego literata i bibliografa Karola Estreichera.

Dr. Nestor Bucewicz zmarł w 60 r. ż. w Warszawie, pozostawiając wspomnienie nieposzlakowanego charakteru, wielkiej prawości i skromności i ofiarności na cele publiczne. Oprócz różnych fundacyi dobroczynnych w swym majątku rodzinnym Judranach i hojnych wsparć dla Macierzy szkolnej w Cieszynie uczynił zmarły zapis całej swej gotowizny na rzecz Akademii Umiejętności w Krakowie.

Dr. Zygmunt Mundsztuk z Warszawy zmarł w Charbinie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 11. Jaworski: Przyczynek do statystyki raka wogóle, a raka macicy w szczególności.

— *Medycyna* Nr. 11. Gałecki: Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc. Flatau i Koelichen (dok. z Nr. 10).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 12. Szulisławski: Kiła oka. Starzewski (dok. z Nr. 11).

— *Kronika lekarska* Nr 6. Motz i Majewski: Przyczynek do anatomii patologicznej gruczołu krokowego. Sędziak, Giedgowd Giedroyć (c. d. z Nr. 5).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 2. Biegański: Organizacya ziemskiej pomocy lekarskiej. Jasiński: Przypadek zakażenia septycznego z zajęciem kilku stawów u tygodniowego dziecka oraz kilka uwag w sprawie zakażeń septycznych u noworodków. Krusche, Wasserman, Pełczyński i Fidler (c. d. z Nr. 1). Mazurkiewicz, Sochacki, Łuniewski i Borowiecki: Trzeci rok zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce. Beatus: 2 przypadki zupełnego przyrośnięcia łożyska do macicy.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 12. Jesensky: O t. zv. bezsklovinných rudimentních zubech. Kuffner, Kimla (c. d. z Nr. 11). Zikmund: Připad předčasného krváceni ledvinného.

— *Russkij Wracz* Nr. 8. Rybakow: Zboczenia umysłowe w związku z ostatniemi wypadkami politycznymi. Sklar: O wpływie obecnych wypadków politycznych na zboczenia umysłowe. Zielonkowski, Orłowski W., Moskalew (c. d. z Nr. 7).

— *Presse médicale* Nr. 22. Sergent: Oesophagotomia interna Ezofagoskopia w leczeniu bliznowatych zwężeń przełyku Dulourt: Wskazania, którym powinna odpowiadać dyeta w kamicy żółciowej. — Nr. 23 Boulay: Parestezye gardła. Jayle: Sposób odprowadzania macicy zgiętej i pochylonej ku tyłowi w położeniu na czworakach. Gandy: Odczyn moczu na błękit metylenowy w durze.

— *Semaine médicale* Nr. 12. nie zawiera prac oryginalnych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12. Obermayer i Pick: O chemicznych podstawach gatunkowych właściwości ciał białkowych. Baumgarten A. i Popper: O wydzielaniu ciał acetonowych w chorobach żeńskiego narządu płciowego. Gluziński i Reichenstein: Myeloma i leucaemia lymphatica plasmocellularis. Brandweiner: Obecny stan sprawy krętków. Winkler: Obecny stan sprawy „cytorrhyctes“.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 12. Posselt: Stanowisko bąblowca pęcherzowego. Trommsdorf: Próba leukocytowa mleka. Schütz: O krętku bladym Schaudinna i „cytorrhyctes“ Siegla. Hecker: O rozpowszechnieniu i skutkach używania wyskoku wśród uczniów szkół ludowych i średnich. Thienger: Nowsze doświadczenie co do teofiliny. Welsch: W sprawie zapobiegania i leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. Federschmidt: Przyczynek do kazuistyki i leczenia pęknięć jelita wskutek urazów tępych. Vörner O świerzbiączce krwotocznej. Stein: Przypadek bąblowca wątroby z przebiciem do płuc, wyleczony przez resekcyę żeber. Ehrlich: Samobójstwo zapomocą weronalu. Hutzler. Nowe łóżko szpitalne dla dzieci. Wittek: Woda jako przeszkoda w zdjęciach röntgenowskich.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 11. Baginsky: W sprawie wczesnego rozpoznawania i leczenia raka krtani. Kolle i Strong: O ochronnem szczepieniu ludzi żywemi, osłabionemi hodowlami moru. Ostermann: Meningokokowe zapalenie gardła jako tło nagminnego zapalenia opon mózgowych. Dührssen: Odpowiedź na artykuł Hofmeiera: „Cięcie cesarskie pochwowe i okres chirurgiczny w położnictwie“. Riebold: O przedmiesiączkowych wzniesieniach ciepłoty. Puppe: O zatruciu lyzolem. Wunsch: O zastosowaniu lawatyw olejnych w przewlekłem zaparciu stolca u osesków. Gross: O wstawce wentylowej, zamieniającej każdą większą strzykawkę w pompę, nadająca się do wywoływania zastoju i do nakłuć. — Nr. 12 Wassermann i Bruck: Badania doświadczalne nad działaniem przetworów prątków gruźliczych na ustrój, dotknięty gruźlicą. Posner: O urazowej chorobie Brighta. Baginsky, Riebold (dok. z Nr. 11). Peschel: Galwanokaustyczny zgłębnik do kanału łzowego. Lesser: Rzadka zmiana kolana. Neuhaus: Nowa próba moczu co do santoniny.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 13. Krönig: O zachowaniu się dośrodkowego odcinka tylnej górnej granicy stłumienia przy płynach opłucnych. Kempner: O zaburzeniach w zakresie ocznym n. trójdzielnego, zwłaszcza odruchu rogówkowego i ich znaczeniu rozpoznawczem. Buschke i Fischer: Dalsze spostrzeżenia co do krętka bladego. Hirschfeld: O stwardnieniu tętnic i zapaleniu nerek. Roeder: Gruźlica płuc w wieku szkolnym Hildebrandt: Rokowanie i leczenie uszkodzeń czaszki przez nowoczesną broń palną Fränkel: Kto pierwszy wynalazł laryngoskopię?

Redakcya otrzymała: Klocman: Assainisation nach Schweder in einigen Lodzer Häusern (z pracowni dr. St. Serkowskiego) Odbitka z „Petersb. med. Woch.“ 1906. Wretowski: Seroterapia gruźlicy. Warszawa 1906. Brackett i Crandon: Observations on the comparative value of different methods of applying plaster jackets in spinal caries. Crandon i Scannell: The muscle splitting or Mc Burney incision in acute appendicitis, with or without abscess The course and result in 75 consecutive cases. Odbitki z „Boston. med. and surg. Journ.“ 1905. Babiński: 1) Hyperexcitabilité électrique du nerf facial dans la paralysie faciale. 2) De l'influence de l'obscuration sur le réflexe des pupilles a la lumière et de la pseudo-abolition de ce réflexe. Odb. z „Revue neurolog.“ 1906. Zeleński: Zur Frage der Pasteurisation der Säuglingsmilch. Odb. z „Jahrb. f. Kinderhk.“ T. 63. Gluziński Antoni: Zarys historyi wydziałów lekarskich w Polsce. Lwów 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 4 kwietnia 1906 o godz. 6 wieczorem w *Domu Towarzystwa* (Radziwiłłowska 4) z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. dr. Surzycki: „Artrytyzm i jego leczenie“. 2) Kol. dr. Szurek: „O najskuteczniejszych lekach przeciwpotnych na podstawie obserwacyi klinicznych“. 3) Kol. dr. R. Nitsch: „O wściekliźnie“.

Regulamin biblioteki Tow. lek. krak.

1. Biblioteka Tow. lek. dostępną jest członkom Tow. lek. od 15-go września do 1-go lipca pięć razy tygodniowo w godzinach urzędowych, oznaczonych przez Komisyę biblioteczną. W czasie od 1-go lipca do 15-go września oznacza dnie i godziny urzędowe Komisya biblioteczna.

2. Inni lekarze (niečzłonkowie Tow. lek.) mogą korzystać z biblioteki na miejscu w godzinach urzędowych, za opłatą 30 halerzy każdorazowo. Za wypożyczenie książek mają opłacać 40 hal. za każde dzieło i składać odpowiednią kaucyę, nie niższą jednak od 10 koron.

3. Książki wypożycza się do domu na przeciąg 10 dni za złożeniem rewersu, opatrzonego własnoręcznym podpisem, poddając się tem samem niniejszemu regulaminowi.

4. Dwóch dzieł naraz wypożyczać nie wolno.

5. Czasopisma z roku bieżącego i luźne zeszyty czasopism nieoprawnych, encyklopedye i słowniki, nie mogą być wydawane poza lokal biblioteczny.

6. Po upływie 10 dni mogą być dzieła wydane na dalszy tydzień za nowym rewersem.

7. Po upływie tego terminu Biblioteka upomina się o zwrot wypożyczonego dzieła. Gdyby dwukrotne upomnienie skutku nie odniosło, nazwisko wypożyczającego będzie ogłoszone w „Przeglądzie lekarskim", a gdy i to nie odniesie skutku, oddaną zostaje sprawa na drogę sądową, a dłużnik poddaje się orzeczeniu c. k. Sądu I-szej instancyi. Za każde upomnienie należy złożyć 30 hal. a za każdy dzień zwłoki po drugiem upomnieniu płaci dłużnik karę w kwocie 10 hal. za pokwitowaniem, wystawionem przez bibliotekarza.

8. Książki wypożyczać można albo na miejscu w bibliotece, albo za poprzedniem zgłoszeniem się za pomocą księgi zamówień. W drugim wypadku mogą być książki odebrane dnia następnego u służącego Tow. lek.

9. Biblioteka z wyjątkiem godzin urzędowych będzie zamknięta.

10. Za zgubione lub zniszczone dzieło należy się cała ich cena księgarska z doliczeniem wartości oprawy.

11. Wszelkie nieporozumienia między bibliotekarzem lub członkiem komisyi bibliotecznej a pożyczającym z tytułu wypożyczenia książek, rozstrzyga prezes Tow. lek. bez odwołania się.